

# ÉTUDE STATISTIQUE ET CRITIQUE de l'Opération de Bouilly dans le Traitement du Prolapsus génital

---

## THÈSE

*Présentée et soutenue publiquement le Jeudi 11 Avril 1935*

POUR OBTENIR LE TITRE DE  
Docteur de l'Université de Nancy  
Mention « Médecine »

PAR

**M. KARADJOFF Ianko**

*Né à Dalbok-Isoore (Bulgarie), le 29 Juin 1902*

|                          |   |                                           |   |               |
|--------------------------|---|-------------------------------------------|---|---------------|
| Examineurs de la Thèse : | { | MM. MICHEL, professeur, <i>Président.</i> | { | <i>Juges.</i> |
|                          |   | FROELICH, professeur,                     |   |               |
|                          |   | JOB, professeur,                          |   |               |
|                          |   | BINET, agrégé,                            |   |               |

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties  
de l'enseignement médical.

---

✱

NANCY  
IMPRIMERIE GRANDVILLE  
10, RUE DE MALZÉVILLE

—  
1935



**ÉTUDE STATISTIQUE ET CRITIQUE**  
**de l'Opération de Bouilly**  
**dans le Traitement du Prolapsus génital**



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

ÉTUDE STATISTIQUE ET CRITIQUE  
de l'Opération de Bouilly  
dans le Traitement du Prolapsus génital

---

THÈSE

*Présentée et soutenue publiquement le Jeudi 11 Avril 1935*

POUR OBTENIR LE TITRE DE

Docteur de l'Université de Nancy

Mention « Médecine »

PAR

**M. KARADJOFF Ianko**

*Né à Dalbok-Isoore (Bulgarie), le 29 Juin 1902*

---

Examineurs de la Thèse :

MM. MICHEL, professeur, *Président*.  
FRÖELICH, professeur,  
JOB, professeur,  
BINET, agrégé,

} *Juges.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical.

---

NANCY

IMPRIMERIE GRANDVILLE

10, RUE DE MALZÉVILLE

---

1935

# UNIVERSITÉ DE NANCY — FACULTÉ DE MÉDECINE

*Doyen* : M. L. SPILLMANN, O  $\star$ , I  $\otimes$ .

*Professeurs honoraires* : MM. NICOLAS,  $\star$ , I  $\otimes$  ; WEISS, O  $\star$ , I  $\otimes$  ;

BOUIN, O  $\star$ , I  $\otimes$  ; ANGEL,  $\star$ , I  $\otimes$  ; GARNIER,  $\star$ , I  $\otimes$  ;

MACÉ,  $\star$ , I  $\otimes$  ; P. PARISOT, O  $\star$ , I  $\otimes$  ; DUFOUR,  $\star$ , I  $\otimes$  ; THIRY,  $\star$ , I  $\otimes$ .

## Professeurs :

|                                           |                                                    |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Anatomie pathologique .....               | M. L. HOCHÉ, O $\star$ , I $\otimes$ .             |
| Clinique médicale .....                   | M. G. ETIENNE, O $\star$ , I $\otimes$ .           |
| Clin. des maladies syphil. et cutanées.   | M. L. SPILLMANN, O $\star$ , I $\otimes$ .         |
| Clin. de chir. infantile et d'orthopédie. | M. FRÉLICH, $\star$ , I $\otimes$ .                |
| Physiologie .....                         | M. M. LAMBERT, $\star$ , I $\otimes$ .             |
| Clin. obstétricale et accouchements.      | M. A. FRUHNHOLZ, O $\star$ , I $\otimes$ .         |
| Clinique oto-rhino-laryngologie ....      | M. P. JACQUES, $\star$ , I $\otimes$ .             |
| Clinique de chirurgie urinaire.....       | M. P. ANDRÉ, $\star$ , I $\otimes$ .               |
| Histologie .....                          | M. R. COLLIN, $\star$ , I $\otimes$ .              |
| Anatomie descriptive .....                | M. M. LUCIEN, $\star$ , I $\otimes$ .              |
| Clinique chirurgicale .....               | M. G. MICHEL, $\star$ , I $\otimes$ .              |
| Clinique médicale .....                   | M. L. RICHON, $\star$ , I $\otimes$ .              |
| Chimie médicale .....                     | M. H. ROBERT, $\star$ , I $\otimes$ .              |
| Thérapeutique .....                       | M. M. PERRIN, $\star$ , I $\otimes$ .              |
| Hygiène et médecine préventive.....       | M. J. PARISOT, C $\star$ , I $\otimes$ .           |
| Clinique chirurgicale .....               | M. HAMANT, $\star$ , I $\otimes$ .                 |
| Clinique ophtalmologique .....            | M. P. JEANDELIZE, $\star$ , I $\otimes$ .          |
| Hydrologie .....                          | M. SANTENOISE, $\star$ , A $\otimes$ , $\dagger$ . |
| Clinique des maladies des enfants....     | M. L. CAUSSADE, $\star$ , I $\otimes$ .            |
| Bactériologie .....                       | M. DE LAVERGNE, $\star$ , I $\otimes$ .            |
| Professeurs sans chaire .....             | M. JOB, $\star$ , I $\otimes$ .                    |
|                                           | M. WATRIN, $\star$ , I $\otimes$ .                 |

## Chargés de cours complémentaires :

|                                       |                                                         |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Clinique des maladies tuberculeuses.. | M. M. PERRIN, $\star$ , I $\otimes$ , professeur.       |
| Pathologie générale .....             | M. J. SIMONIN, A $\otimes$ , agrégé.                    |
| Clinique gynécologique .....          | M. SIMONIN, A $\otimes$ , agrégé.                       |
| Pathologie externe .....              | M. A. BINET, $\star$ , I $\otimes$ , agrégé libre.      |
| Clinique des maladies contagieuses..  | M. GUILLEMIN, A $\otimes$ , agrégé.                     |
| Propédeutique dermatologique .....    | M. DE LAVERGNE, $\star$ , I $\otimes$ , professeur.     |
| Médecine opératoire .....             | M. WATRIN, $\star$ , I $\otimes$ , prof. sans chaire.   |
| Electrothérapie et radiologie .....   | M. M. BARTHÉLEMY, $\star$ , I $\otimes$ , agr. libre.   |
| Accouchements (Cours théorique) ....  | M. G. LAMY, $\star$ , I $\otimes$ , ch. du c., ag. lib. |
| Obstétrique .....                     | M. JOB, $\star$ , I $\otimes$ , prof. sans chaire.      |
| Clinique propédeutique médicale ....  | M. VERMELIN, $\star$ , A $\otimes$ , agrégé.            |
| Anatomie et Médecine légale.....      | M. DROUET, A $\otimes$ , agrégé.                        |
| Pathologie interne .....              | M. MUTEL, $\star$ , I $\otimes$ , agrégé.               |
| Clinique des maladies mentales....    | M. ABEL, $\star$ , A $\otimes$ , agrégé.                |
| Education physique (1) .....          | M. HAMEL, $\star$ , docteur.                            |
| Physiologie du travail .....          | M. L. MERKLEN, A $\otimes$ , agrégé.                    |
| Clinique neurologique (1) .....       | M. L. MERKLEN, A $\otimes$ , agrégé.                    |
| Propédeutique O.-K.-L. (1) .....      | M. MICHON, docteur.                                     |
| Parasitologie .....                   | M. AUBRIOT, docteur.                                    |
|                                       | M. DOMBRAY, docteur.                                    |

## Agrégés en exercice :

|                            |                                   |                               |
|----------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| MM. MERKLEN, A $\otimes$ . | MM. POURSINES.                    | MM. GUILLEMIN, A $\otimes$ .  |
| FLORENTIN.                 | MEINOTTE, O $\star$ .             | ABEL, $\star$ , A $\otimes$ . |
| BODART.                    | MUTEL, $\star$ , I $\otimes$ .    | DROUET, A $\otimes$ .         |
| CHALNOT.                   | VERMELIN, $\star$ , A $\otimes$ . | SIMONIN, A $\otimes$ .        |
| WOLFF.                     |                                   |                               |

## Agrégés libres :

MM. G. GROSS,  $\star$ , I  $\otimes$  ; S. REMY, I  $\otimes$  ; BUSQUET, I  $\otimes$  ; FAIRISSE, I  $\otimes$  ;  
BINET,  $\star$ , I  $\otimes$  ; BARTHÉLEMY,  $\star$ , I  $\otimes$  ; LAMY,  $\star$ , I  $\otimes$  ;  
M. E. TRIBOLET, I  $\otimes$ , Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

*La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.*



A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*A tous deux témoignage de ma  
profonde affection et de reconnais-  
sance filiale.*

A MES BEAUX-PARENTS

A MA FEMME ET A MA FILLE

A TOUS LES MIENS ET MES AMIS

## A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur MICHEL

Chevalier de la Légion d'honneur  
Professeur de Clinique chirurgicale

## A MES JUGES

M. le Professeur FROELICH

Chevalier de la Légion d'honneur  
Professeur de Clinique infantile

M. le Professeur JOB

Chevalier de la Légion d'honneur  
Professeur à l'Ecole Départementale d'Accouchement

M. le Professeur agrégé BINET

Chevalier de la Légion d'honneur  
Chargé des Cours complémentaires de Gynécologie  
et Pathologie externe et de Chirurgie élémentaire

## AVANT-PROPOS

---

Arrivé au terme de nos études médicales, nous sommes heureux de profiter de l'occasion que nous donne la soutenance de notre thèse pour pouvoir exprimer toute notre reconnaissance à nos maîtres de la Faculté et des hôpitaux.

Nous sommes heureux d'adresser à notre très estimé maître, M. le Professeur Gaston MICHEL, un hommage tout particulier de notre gratitude. Il a bien voulu nous inspirer le sujet de notre thèse et après nous avoir autorisé, avec son habituelle bonne grâce, à disposer des documents nécessaires pour ce travail, il nous fait aujourd'hui le grand honneur de présider notre jury.

Nos sentiments de reconnaissance vont à M. le Professeur Frœlich, à qui nous sommes redevable de ses cliniques si intéressantes que nous avons eu l'occasion de suivre et que nous n'oublions pas. Il a bien voulu nous honorer de sa bienveillante estime en acceptant d'être un de nos juges.

Nous prions également M. le Professeur Job, à qui nous sommes particulièrement reconnaissant et qui nous a toujours reçu et donné des conseils paternels, de recevoir nos remerciements ; nous le remercions

aussi pour les services rendus à notre famille et pour le grand plaisir qu'il nous a fait en acceptant d'être parmi nos juges.

Nous remercions bien vivement M. le Professeur Binet, qui a bien voulu être au nombre de nos juges et nous gardons de son enseignement si clair le meilleur souvenir.

M. le docteur Pierre Bertrand, chef de clinique chirurgicale, ancien prosecteur d'anatomie, à la Faculté, nous a donné une assistance constante et dévouée et toujours amicale au cours de notre travail. Il nous est agréable de lui dire combien nous le remercions.

Nous n'oublions pas M. le docteur René Créange, lauréat de la Faculté, pour les services qu'il nous a rendus. Qu'il nous permette de lui dire ici notre reconnaissance.

---

## INTRODUCTION

---

Le prolapsus génital est une affection très fréquente et qui transforme les femmes en de véritables infirmes, tant au point de vue physique et fonctionnel qu'au point de vue génital et moral.

Normalement, l'utérus est maintenu par les formations anatomiques suivantes : un appareil de suspension constitué par les ligaments ronds, les ligaments utéro-sacrés et les ligaments larges, et un appareil de soutien, comprenant : le plancher vagino-périnéal, avec son éperon périnéal constitué par les muscles et aponévroses du périnée, les muscles releveurs de l'anus et le vagin avec ses deux parois ou colonnes antérieures et postérieures. Certains auteurs considèrent les tissus cellulaires péri-utérins comme un appareil d'adhésion.

Ainsi suspendu, soutenu et maintenu, l'utérus se trouve physiologiquement dans une position élevée et en antéversion, de sorte que son axe longitudinal forme un angle obtus, ouvert en avant, avec l'axe du vagin.

Mais si cet état de choses vient à être troublé par des facteurs pathologiques, si la base de cet édifice, le périnée, vient à fléchir, les parois vaginales s'affais-

sent les premières, puis le corps utérin lui-même tombe ensuite et alors, petit à petit, comme une hernie de faiblesse, le prolapsus génital se constitue.

Nous ne ferons que citer, pour ne plus en reparler, les prolapsus des nullipares, cas rares mais réels, dûs aux anomalies congénitales de l'utérus (utérus petit avec un col long) et du plancher pelvien ou cul-de-sac de Douglas (Marion).

Les facteurs étiologiques qui contribuent à la production des prolapsus génitaux sont nombreux et complexes. Voici les principaux : la majorité des prolapsus génitaux se rencontrent chez les femmes ayant eu des enfants, surtout les multipares ; chez elles, à la suite de l'évolution physiologique des grossesses répétées se produit un relâchement et une elongation des ligaments suspenseurs de l'utérus ; de plus, la distension répétée du canal vulvo-vaginal disloque et traumatise les éléments constitutants du plancher pelvien. La primiparité âgée prédispose aux prolapsus génitaux par la fréquence des déchirures importantes du périnée ; de même, les accouchements dystociques et de gros enfants. Les accouchements plus ou moins septiques s'accompagnent d'une sub-involution utérine et ligamentaire du post partum ; l'utérus peut rester gros et lourd et prendre une position vicieuse par rétroversion ou redressement.

En dehors de toutes causes obstétricales, les efforts, les fatigues de certaines professions pénibles peuvent déterminer en fin de compte des insuffisances péri-néales génératrices de prolapsus.

A ces facteurs, dûs à la maternité, il faut en ajou-

ter d'autres, tels que les états diathésiques, arthritiques qui provoquent un relâchement des tissus fibreux et diminuent la tonicité des muscles ainsi que le vice de nutrition des tissus en général et enfin les dystrophies séniles acquises. Bouilly a signalé l'atrophie des tissus cellulaires pelviens.

Les facteurs physio-pathologiques du prolapsus que nous venons d'énumérer, sont complétés par d'autres facteurs purement mécaniques tels que : la pression abdominale, augmentée par des travaux pénibles, toux opiniâtre, etc...

La pathologie et le mécanisme des prolapsus génitaux peuvent se résumer ainsi :

1° Déficience et ensuite éculement du périnée, d'où orifice vulvaire béant.

2° Redressement ou rétroversion de l'utérus qui grâce à son poids augmenté et à ses ligaments allongés, se met dans l'axe du vagin.

A l'état normal, la pression abdominale s'exerce sur l'utérus et la vessie dans une direction oblique à la paroi vaginale antérieure ; cette dernière la transmet à la paroi vaginale postérieure laquelle est soutenue par la tonicité du périnée, qui la relève en l'appliquant contre la paroi vaginale antérieure, de sorte que le canal vaginal est transformé en une fente virtuelle.

Il résulte de ce mécanisme que le plancher pelvien joue le rôle le plus important dans la production des prolapsus génitaux. En effet, s'il est affaibli, éculé et atone par suite de dissociations, de déchirures et d'a-

trophie de ses éléments constitutants, il ne peut plus soutenir activement la paroi vaginale postérieure et l'opposer comme appui de son côté, à la paroi vaginale antérieure ; elle-même repoussée constamment par la pression abdominale va s'étirer et se dérouler tout en entraînant derrière elle la vessie qui y adhère solidement ; de plus, l'utérus redressé ou rétroversé et mal suspendu par ses ligaments allongés, se met dans l'axe du vagin béant, en s'abaissant progressivement.

Nous ne nous arrêterons pas sur le diagnostic qui est très facile à faire et qui ne prête à aucune confusion, comme nous le verrons dans notre étude clinique. Le pronostic est bien établi ; une fois le prolapsus commencé, il est voué à une évolution continue, quelquefois rapide, quelquefois en plusieurs années, mais constante, il arrive à sa phase complète à moins qu'une thérapeutique raisonnée soit instituée avant.

Devant le polymorphisme des lésions, dans les prolapsus génitaux, on a préconisé une multitude de moyens thérapeutiques que l'on peut classer en trois groupes :

1° Des moyens médicaux, comme les injections vaginales, les massages gynécologiques dans des cas à pathogénie neuro-musculaire. Ce sont de petits moyens palliatifs tout au début de la maladie.

2° Des moyens orthopédiques tels que les pessaires et les hystérophores. Nous citons ces derniers à titre de curiosité, quant aux pessaires, ils sont encore employés dans certains cas en attendant une intervention curative ou chez des femmes très âgées, avec

une santé précaire ou encore une maladie discrasique comme le diabète et autres, lorsqu'aucune intervention sanglante ne peut être pratiquée. Il faut reconnaître encore que les pessaires retardent, mais n'empêchent pas la progression de la maladie et qu'à un moment donné, ils deviennent insuffisants ; dans d'autres cas, ils sont mal supportés.

3° Des moyens chirurgicaux, sanglants, qui se répartissent de leur côté en : *a*) interventions sur le plancher vagino-périnéal telles que la colporrhaphie antérieure, la colpo-périnéorrhaphie postérieure, la myorrhaphie des releveurs. *b*) interventions sur l'utérus lui-même et ses ligaments qui sont soit extra-abdominales comme l'amputation du col, la ligamentopexie à la façon d'Alexender, soit intra-abdominales comme l'hystéropexie corporelle ou isthmique, la ligamentopexie à la manière de Doleris Gosset et enfin : *c*) les interventions combinées telles que l'opération de Walther, la méthode de Le Fort élargie, la méthode de Bouilly.

Aujourd'hui, le corps médical est d'accord qu'un prolapsus, quel qu'il soit, est justiciable d'une seule thérapeutique, intervention chirurgicale. Etant donné que les femmes qui portent un prolapsus génital sont appelées un jour ou l'autre à être opérées, et ceci dans des conditions très fâcheuses pour elles, elles ne doivent donc pas hésiter devant l'opération quand elles sont encore jeunes ; elles auront infiniment plus de chance de guérison complète que lorsqu'elles seront vieilles et débiles.

De tout ce que nous venons d'énoncer, il ressort

qu'il existe une multitude de procédés chirurgicaux qui, pris chacun à part, s'adressent à une seule lésion, à celle que l'on considère comme primordiale. Or, nous savons, et nous allons le voir dans notre étude anatomo-clinique, que ces lésions sont multiples et plus ou moins importantes les unes que les autres, d'où la nécessité de combinaison des différents procédés qui répondent à ce polymorphisme de lésions dans le prolapsus génital.

C'est précisément ce principe qui est adopté dans le service de M. le Professeur Michel.

En général, quel que soit le degré et la forme des prolapsus génitaux, ils sont classés en trois catégories cliniques que voici :

1° Chez les femmes encore en pleine période d'activité génitale et susceptibles de maternité, on emploie la méthode de Walther. Elle consiste en une colporraphie antérieure, une colpo-périnéorraphie postérieure et une ligamentopexie intra-abdominale. C'est la méthode française (ou triple opération).

2° Chez les femmes qui ont renoncé à toute activité génitale, c'est la méthode de Le Fort élargie qui est indiquée. Elle consiste en une périnéorraphie et myorraphie très profonde, associée au cloisonnement partiel du vagin, c'est-à-dire accollement des deux parois vaginales antérieure et postérieure en laissant des deux côtés latéraux un petit canal, suffisant à assurer les écoulements utérins.

3° Chez les femmes mûres, au voisinage de la ménopause ou l'ayant dépassé, chez lesquelles il n'y a

plus aucune chance de maternité, mais qui n'ont pas encore abdiqué, c'est-à-dire qu'elles tiennent absolument à ce que rien n'entrave la possibilité de remplir leurs devoirs conjugaux, c'est la méthode de Bouilly qui convient le mieux. Elle comprend une colporraphie antérieure avec une amputation haute du col utérin, complétée par une colpo-périnéorraphie postérieure et myorraphie des releveurs de l'anus.

Dorénavant, pour tout ce qui va suivre dans notre exposé concernant les femmes atteintes de prolapsus génital, nous n'entendons que cette troisième catégorie clinique.

Dans ce modeste travail, qui nous a été suggéré par notre très estimé maître M. le Professeur Michel, nous n'avons nullement la prétention de reprendre tous ces moyens chirurgicaux. Nous voulons simplement étudier l'un d'eux, celui de Bouilly, tel qu'il est pratiqué aujourd'hui dans le service de M. le professeur Michel et commenter les résultats obtenus.

Nous nous efforcerons, en plein accord avec les beaux et très significatifs articles de MM. Ch. Lenorment et Petit Dutailis, de donner quelques preuves à l'appui de cette méthode complète par les résultats obtenus que nous avons recueillis parmi les observations et selon les indications qui ont été pleinement remplies et opérées par la méthode Bouilly.

---



## CHAPITRE PREMIER

### ÉTUDE CLINIQUE

---

#### SYMPTOMATOLOGIE

En général, les prolapsus se développent lentement et tout à fait insidieusement. Leurs symptômes fonctionnels sont très variables et ils ne sont pas toujours proportionnels à la gravité du prolapsus.

Ainsi, certaines femmes, avec un prolapsus complet, présenteront peu de troubles fonctionnels et rempliront facilement leurs occupations habituelles, tandis que d'autres, avec un prolapsus à peine ébauché, accuseront des troubles très gênants.

Par conséquent, les symptômes fonctionnels doivent être envisagés en général et non en rapport avec les différents degrés de prolapsus.

*Les douleurs :* Les femmes accusent des tiraillements dans le bas ventre et dans les reins, des douleurs par crises et s'irradiant dans les aines et dans les lombes. Ces douleurs s'exaspèrent surtout à la suite d'efforts, de marche prolongée, de la station de-

bout, de la toux et disparaissent avec le repos au lit, pour recommencer le lendemain. Elles sont dues surtout au tiraillement des ligaments utéro-sacrés au moment où la pression abdominale pousse l'utérus vers la boutonnière périnéale, en tirant sur ses ligaments. Elles sont plus accusées dans les cas où les ligaments ne sont pas encore trop allongés.

Ces femmes sont de véritables infirmes parce qu'elles sont dans l'impossibilité de faire des efforts. En effet, à l'état normal, pour qu'un effort se produise, il faut que toutes les cavités naturelles soient fermées ; si la vulve reste béante parce que les deux parois vaginales antérieure et postérieure ne s'accrochent pas l'une à l'autre par défaut de soutien de la part des muscles et anonévroses périnéaux, l'effort ne peut se produire. Or dans les prolapsus génitaux avancés, ces conditions pathologiques sont réalisées.

*Troubles urinaires.* — Le symptôme le plus fréquent et le plus ennuyeux dans les prolapsus génitaux est certainement la pollakiurie, l'envie fréquente d'uriner et l'émission involontaire d'un peu d'urine au moment des efforts, rire, éternuement, toux, etc... Mais malgré la pollakiurie, la vessie ne se vide presque jamais complètement à cause de sa déformation due à la cystocèle, d'où quelquefois on voit des pollakiuries douloureuses à la suite des cystites secondaires.

Ces accidents sont dus aux causes mécaniques, de la déformation et la compression de la vessie par la ptose uro-génitale.

Parmi les troubles urinaires, il faut signaler encore l'incontinence d'urine vraie, qui est d'ailleurs rare et qui se manifeste pendant la journée dans la station debout, les efforts, la fatigue et disparaît dans la position couchée; donc elle apparaît au moment où le prolapsus produit son maximum d'effet mécanique.

Elle est due surtout à la ptose urétrale (urétrocèle) et se trouve dans le cas où l'urètre a subi des tiraillements et des lésions.

*Difficultés conjugales.* — Au point de vue sexuel, le prolapsus met les femmes en état d'infériorité manifeste et peut rendre même impossible l'acte sexuel dans certains cas prononcés, d'où des manifestations de dépression nerveuse et mentale.

*Des écoulements anormaux qui accompagnent les prolapsus génitaux.* — Ils sont banaux comme nous le verrons dans nos formes anatomo-cliniques. De gros cols glaireux avec écoulement leucorrhéique abondant, qui par la suite peuvent prendre des caractères hémorragiques (métrorragie sanguinolente).

On peut observer des érythèmes dans la région vulvo-périnéale, consécutifs à des écoulements et au frottement permanent.

*Des troubles à distance.* — Des prolapsus génitaux peuvent s'accompagner de troubles à distance, qui s'expliquent aussi par la grande laxité de la paroi abdominale et par la ptose de certains viscères comme la néphroptose, la gastroentéroptose : de là des troubles dyspeptiques et névropathiques.

#### FORMES ANATOMO-PATHOLOGIQUES

En général, quand on examine une femme qui est atteinte de prolapsus génital, quel que soit son degré, on constate que tous les tissus sont relâchés. Chez les femmes âgées, le tissu adipeux, qui comble généralement les interstices et constitue un matériel de remplissage, est résorbé et son absence nuit à la solidité de l'appareil de soutien. Les unes présentent une surcharge graisseuse des parois abdominales, d'autres au contraire une véritable atrophie de ces parois avec nombreux plis de la peau, vergetures profondes, éventrations, flaccidité des parois, mollesse des masses musculaires en général. C'est chez elles que l'on trouve très souvent des ptoses diverses, des hernies, un abaissement du rein et les troubles dyspeptiques.

Si l'on considère localement les prolapsus génitaux au point de vue purement anatomo-pathologique, on peut les classer en trois groupes :

*1<sup>er</sup> groupe.* — Ce sont des prolapsus légers, modérés, uniquement vagineux, sans grand abaissement de l'utérus ni altération du col.

En effet le prolapsus commence toujours par la paroi antérieure du vagin, la cystocèle l'accompagne et précède la chute de la matrice et celle de la paroi vaginale postérieure.

9/10 des cas se présentent de la façon suivante : chez une femme plus ou moins âgée on voit, au moment de l'effort, la vulve qui est béante s'entr'ouvrir

et la paroi antérieure du vagin qui est flasque, comme privée d'adhérence et de rapport avec les parties voisines, faire hernie à travers l'orifice vulvaire.

La cystocèle, sous la forme d'une tumeur arrondie, rosie, molle, réductible et dont le volume varie beaucoup selon le repos, les efforts, ou lorsque la vessie est pleine ou à l'état de vacuité, car cette tumeur est constituée surtout par la vessie, qui est intimement unie à la paroi vaginale antérieure et qui descend avec elle, caractérise le premier degré du prolapsus.

Si on pratique un toucher vaginal combiné avec le palper abdominal, on constate pour ce qui concerne l'utérus, que ce dernier est peu ou pas abaissé. Sa direction est le plus souvent normale. Le cul-de-sac antérieur est effacé et bombé.

2<sup>e</sup> *groupe*. — C'est la procidence du vagin avec sa cystocèle habituelle que l'on a vue dans le premier groupe, mais ici elles sont beaucoup plus accentuées et en plus, simultanément avec eux, la descente de l'utérus, et enfin plus rarement ils sont accompagnés de la rectocèle.

A l'examen, la femme étant debout, après une marche ou une station debout prolongées, on constate localement qu'entre les grandes lèvres passe une tumeur qui ouvre largement la vulve. Cette tuméfaction est en général de volume variable, comme un œuf ou une orange ; elle est lisse ; à la partie inférieure qui est constamment en contact avec les grandes lèvres ou le périnée, la muqueuse est épaissie, cutinisée à la suite des frottements. Si on examine bien cette tumeur, on s'aperçoit qu'elle est formée de trois

éléments distincts : en avant, c'est la paroi vaginale antérieure avec la vessie qui constitue la cystocèle ; en arrière, c'est la paroi vaginale postérieure, soit seule, soit avec la paroi antérieure du rectum, la rectocèle, et entre elles le col de l'utérus qui est plus ou moins modifié par des lésions concomitantes ou secondaires au prolapsus génital.

Si on examine la femme couchée, on voit que cette tumeur est réductible, mais qu'elle n'a pas de tendance à rester réduite ; si on fait tousser la femme, elle se reproduit facilement.

Le périnée n'est plus résistant, il est très faible car les tissus musculaires des parois latérales et les releveurs sont insuffisants. Il se trouve raccourci, réduit et comme éculé ; le doigt qui l'accroche par le toucher rectal le trouve diminué, mince, flasque, quelquefois même disparu et les muqueuses vaginales et rectales se touchent presque. Ce toucher nous donne une notion précise et très utile, car on se rend compte de la tonicité du périnée qui a une grande valeur au point de vue pronostic post-opération.

Le corps périnéal est mou, flasque et trahit l'insuffisance du plancher vagino-périnéal.

Le corps utérin réduit, on voit les parois vaginales élargies et allongées (vagin exubérant), la paroi antérieure du vagin tombe et la vessie fait derrière elle hernie dans le vagin (cystocèle), le cul-de-sac antérieur a disparu complètement. La paroi postérieure tombe aussi ; son plan et celui de la fourchette s'abaissent, c'est-à-dire reculent, d'avant en arrière, en gagnant du terrain sur le périnée qui est éculé et de ce

fait, ce plan perd son obliquité salulaire et sa disposition physiologique et fonctionnelle qui est nécessaire pour empêcher les parois vaginales de venir faire saillie à l'orifice vulvaire.

Le cul-de-sac vaginal postérieur disparaît plus ou moins.

La paroi antérieure du rectum est souvent associée aux parois vaginales postérieures et produit la rectocèle, que l'on constate facilement par le toucher combiné, rectal et vaginal.

L'utérus prend une position vicieuse, soit simplement redressée, soit rétroversée. Il est souvent augmenté de volume et de poids par l'hypertrophie en longueur ; il est moyennement ou fortement abaissé et de ce fait en rapport constant avec la vulve.

Son col présente un allongement hypertrophique sus-vaginal primitif ou consécutif au prolapsus, cas très fréquents, ou gros col métritique (lésions secondaires surajoutées). L'orifice externe du col est entr'ouvert avec des bords déchiquetés cicatriciels ; souvent la muqueuse cervicale est ectopiée ; il laisse parfois sourdre des glaires purulentes, cas de gros cols glaireux (Bouilly), dans ces mêmes cas le col est hypertrophié en masse ; volumineux, globuleux, infecté, tapiroïde.

Les faces du col portent les traces de frottements répétés d'où épaissement et inflammation ; ils sont souvent le siège d'ulcérations granuleuses et saignotantes.

*3<sup>e</sup> groupe.* — C'est le prolapsus total avec retournement complet du vagin en doigt de gant, grosse cys-

tocèle, avec utérus complètement hors de la vulve ; toute la tumeur est extériorisée en battant de cloche entre les jambes.

L'utérus ici est le plus souvent petit, atrophié ; cet état se rencontre surtout chez les femmes très âgées. L'ensemble de la tumeur ressemble à une grosse poire dont la petite extrémité se perd dans l'orifice vulvaire en formant pédicule ; en bas de la tumeur on trouve l'orifice du col généralement agrandi et ulcéré ; tout autour la tumeur est couverte par la muqueuse vaginale retournée, souvent cutanisée et ulcérée (suite du frottement et de l'infection).

Dans ces cas graves des prolapsus génitaux, les culs-de-sac péritonéaux descendent et s'il s'engage des anses intestinaux, il se produit une hernie particulière, « l'entéroccèle vaginale ». Comme le cul-de-sac de Douglas descend très bas, c'est surtout la hernie postérieure qui se produit. Disons enfin que ces cas sont très rares et qu'il existe dans la littérature chirurgicale quelques cas.

Même à ce stade, le prolapsus est réductible, mais le moindre effort le reconstitue.

Le périnée est très court, flasque, se laisse distendre par le doigt qui l'accroche sans aucune résistance.

---

## CHAPITRE II

### INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

---

Pour faire une thérapeutique correcte, il faut tout d'abord poser des indications précises, selon des cas anatomo-cliniques. Or, dans les cas qui nous intéressent ici, c'est-à-dire la troisième catégorie clinique, les éléments importants et capitaux sont : l'amplitude exagérée du canal vulvo-vaginal, avec ses conséquences, chute des parois et cystocèle ; l'abaissement utérin avec l'état pathologique de son col, et enfin, l'affaiblissement, par déchirure, dissociation et atrophie des deux étages du plancher pelvien, le corps périnéal et le plan des releveurs.

Par conséquent, pour traiter efficacement ces prolapsus génitaux, il faut que le chirurgien s'adresse en même temps à tous ces éléments pathologiques.

La méthode de Bouilly telle qu'on la pratique aujourd'hui, avec ses temps associés en une seule séance, correspond parfaitement à cette catégorie de prolapsus génitaux.

Quelles sont ses indications précises et ses avantages ?

En ce qui concerne le vagin et le périnée, dans tous

les prolapsus génitaux, il y a des indications communes fondamentales. Il faut, comme l'a écrit Bouilly, « restaurer et relever le périnée, en même temps rétrécir et consolider les parois vaginales ».

En effet, ces parois sont élargies et allongées ; elles sont devenues trop grandes ; le vagin est exubérant ; la paroi antérieure tombe et la vessie fait derrière elle hernie dans le vagin (cystocèle). Il faut donc rétrécir le vagin en enlevant l'excédent de tissu de ses parois par une colporraphie antérieure qui diminuera la paroi vaginale antérieure de sa longueur, en supprimant le cystocèle (après isolement de sa paroi vaginale et refoulement de la vessie) et en la soutenant dans sa position tendue entre le pubis et le moignon du col. En même temps en ouvrant les tissus cellulaires péri-utérins, elle les transforme en un tissu fibreux cicatriciel dur et solide, qui engaine le moignon du col et la partie inférieure du corps utérin, d'autre part solidement uni aux parois vaginales et à la base des ligaments larges (tous ces éléments font corps) c'est la sangle vaginale de Bouilly.

Ce raccourcissement large de la paroi antérieure du vagin a encore un effet très heureux sur la position de l'utérus, ce dernier est fixé et rapporté en avant en masse vers le pubis par le fait que la paroi antérieure l'emporte sur la paroi postérieure. Cette position s'oppose à toute descente de l'utérus.

Mais pour maintenir ce précieux résultat, cette bande cicatricielle solide, il faut se rappeler le mécanisme des prolapsus et le rôle que joue la paroi postérieure du vagin et le périnée. En effet, dans la production

des prolapsus génitaux, le plus important facteur en pratique est le plancher pelvien avec ses deux étages. (Corps périnéal et plan des releveurs de l'anús.)

Par conséquent sa restauration intégrale s'impose. C'est pour cette raison que Bouilly écrivait dans son rapport. « Nous ne pouvons guère comprendre l'utilité d'une colporraphie antérieure isolée. »

Cette indication est remplie par la colpo-périnéorraphie et la myorraphie des releveurs. Comme la paroi postérieure du vagin est aussi allongée, on fait une résection au niveau de la fourchette en même temps que le dédoublement de la colpo-périnéorraphie. Mais cette résection ne doit pas être trop étendue car un des buts de la méthode de Bouilly est de laisser un vagin praticable, c'est-à-dire suffisant pour que les rapports conjugaux ne soient pas entravés, étant donné qu'elle s'adresse surtout aux femmes de la troisième catégorie clinique.

La colpo-périnéorraphie habituelle que pratiquait Bouilly et ses élèves consiste à refaire un périnée épais et résistant, en rassemblant, en serrant et en ramenant sur la ligne médiane du périnée tous les tissus fibreux, cellulaires et musculaires qu'on a dissociés, distendus et rejetés de côté.

Mais en agissant ainsi, sans avoir jour sur le principal élément contractile et solide, les releveurs de l'anús, on ne peut ramener convenablement toutes leurs épaisseurs sur la ligne médiane.

Il faut donc aller les chercher, les isoler et les suturer sur la ligne médiane et très haut, c'est-à-dire faire la myorraphie des releveurs et ensuite faire la colpo-

périnéorrhaphie. Donc colpo-périnéorrhaphie et myorrhaphie associées.

Bouilly écrivait : « Toute opération qui refera et relèvera le périnée, qui rétrécira l'entrée du vagin et rétablira le contact entre les parois vaginales antérieures et postérieures, remplira utilement l'indication. »

Or, avec la colpo-périnéorrhaphie et la myorrhaphie des releveurs, les deux étages du plancher pelvien sont refaits et relevés ; il se produit une fourchette haute, relevée et épaisse qui rétrécit l'entrée du vagin et le porte en haut ; par la suture des releveurs, le plan de la paroi vaginale postérieure est relevé et prend sa position normale de haut en bas et d'avant en arrière ; de ce fait, la pression intra-abdominale, au lieu de s'exercer dans la direction du canal vulvo-vaginal (condition favorable à la descente des organes), s'exerce sur le périnée qui bombera mais qui s'opposera à toute tendance de prolapsus de se reproduire.

Chez les femmes atteintes de prolapsus génital, et surtout chez celles qui sont aux approches de la quarantaine, à côté des indications générales, que nous avons énumérées, il y a d'autres indications plus précises encore et très importantes au point de vue thérapeutique. Ces indications spéciales sont à la base du choix de l'opération.

Ce sont les lésions secondaires ou surajoutées des organes et particulièrement celles du col de l'utérus. Dans un grand nombre de prolapsus de cette catégorie on observe des altérations du col utérin. En effet il est

habituel de constater dans ces cas des allongements hypertrophiques du col (genre Huguier), des métrites cervicales chroniques, des ulcères suintants avec un gros col glaireux, des cols anciennement déchirés et hypertrophiés.

Le corps utérin lui-même est abaissé et très souvent augmenté de volume et de poids par l'hypertrophie en longueur.

Toutes ces lésions sont très importantes et nécessitent l'amputation du col. Ce sont d'ailleurs les indications exactes posées par Bouilly. « L'augmentation de longueur de l'utérus par élongation sus-vaginale du col, de beaucoup la plus fréquente, constitue dans la cure des prolapsus génitaux une indication de premier ordre ; en outre, hypertrophie ordinaire des lèvres anciennement déchirées, à muqueuses éversées et souvent ulcérées, atteintes de dégénérescence scléro-kystiques, chroniquement enflammées, entraîne par elle-même la nécessité d'une intervention directe. »

Les métrites cervicales localisées ou étendues à tout le corps utérin sont fréquentes dans les prolapsus utérins et Guénard a affirmé leur guérison parfaite par l'amputation haute du col et curetage, même dans des cas rebelles à tout traitement médical antérieur.

L'existence d'une de ces lésions, citées plus haut, est une indication, qui ne peut pas être mieux remplie que par l'amputation haute du col, suivie de sa réparation immédiate.

Cette amputation diminue le volume et le poids de l'utérus, supprime ses parties hypertrophiées et infectées ; en même temps elle favorise indirectement la régression des parties restantes et provoque

un travail d'atrophie et de sclérose qui réduit son volume (Bouilly).

Elle est nécessaire dans tous les cas de cette catégorie de prolapsus pour soulager l'utérus et rendre la tonicité aux ligaments larges et utéro-sacrés.

De plus, lorsque l'utérus est redressé et même rétroversé, elle donne encore d'excellents résultats (Péan) par le mécanisme que nous avons vu plus haut.

Comme l'augmentation de volume du segment inférieur de l'utérus est un élément très ordinaire dans la maladie, l'amputation haute du col est un côté essentiel de la réparation, si bien que, dans presque tous les cas de prolapsus avancé, cette intervention combinée au temps vagino-périnéal, bien exécutée, représente l'opération de choix et donne de bons résultats. Schwartz écrivait : « S'il y a si peu que ce soit de lésion du col, nous pratiquons l'amputation ». Mangin allait encore plus loin en disant : « Amputation systématique du col, même sain ». Ch. Lenormand, après une longue pratique de l'amputation haute du col dans les prolapsus génitaux, donne la conclusion suivante : chez les femmes encore jeunes et conservant une vie génitale active, avec un prolapsus moyen ou accentué, même alors qu'il n'y a pas de lésion du col, il faut pratiquer l'amputation supra-vaginale du col utérin.

Maintenant que nous avons vu quelles sont les indications précises et dans quelle catégorie de malades on doit pratiquer l'opération de Bouilly, nous allons exposer la technique opératoire telle qu'elle est pratiquée aujourd'hui au service de M. le Professeur Michel.

## CHAPITRE III

### THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

---

#### PRÉPARATIFS DE L'OPÉRATION

Quelques jours avant l'opération, on désinfecte le vagin et le col par des injections et des tamponnements.

La malade aura été purgée et lavementée, puis constipée comme avant toute colpo-périnéorraphie. Elle est mise en position gynécologique et l'on procède à une désinfection soignée du vagin. Avant de pratiquer l'opération principale, il sera souvent utile de faire un curetage utérin.

#### TECHNIQUE OPÉRATOIRE (1)

*Premier temps.* — Le col est saisi au moyen d'une pince à traction, fixée sur sa lèvre antérieure et attiré autant que possible hors de la vulve, ce qui a pour effet de déplisser et d'étaler la paroi vaginale antérieure exubérante.

Sur cette paroi antérieure, on place quatre pinces-

---

(1) Jusqu'au 6<sup>e</sup> temps inclus, nous reproduisons la technique de Bouilly décrite et complétée par Ch. Lenormant et Petit-Dutaillis.

érignes qui vont repérer les angles du lambeau à réséquer ; le placement de ces pinces doit être fait avec attention (fig. 1). On en met deux inférieures sur le col lui-même, au ras de l'insertion du vagin, assez près de l'orifice externe exactement sur les bords latéraux de ce col, à l'union de ses demi-circonférences antérieure et postérieure. Les deux pinces supérieures sont placées sur le prolongement des précédentes et à environ un travers de doigt au-dessus du méat urinaire.

La paroi vaginale antérieure étant maintenue étalée et tendue par ces quatre pinces, on trace, avec la pointe du bistouri, une première incision transversale qui, passant au-dessous des pinces inférieures, cerne la demi-circonférence antérieure du col au niveau de l'insertion vaginale, puis deux incisions verticales qui, partant des extrémités de la première, en dehors des pinces inférieures, remontent, le long des bords latéraux de la paroi vaginale antérieure, jusqu'aux pinces supérieures. Ainsi se trouve délimité un vaste lambeau rectangulaire qui comprend la presque totalité de la paroi antérieure du vagin.

On procède alors à la dissection de ce lambeau et à sa séparation d'avec la face antérieure du col utérin. Cette dissection est facilitée par la traction qu'exercent les deux pinces amarrées sur les angles inférieurs du lambeau.

En bas et sur les côtés, on amorce la dissection aux ciseaux, en ayant soin de ne jamais perdre le contact avec le tissu utérin ; puis bientôt, on arrive dans le plan de clivage inter-utéro-vésical et, comme dans le

premier temps d'une hystérectomie vaginale, le doigt revêtu d'une compresse achève en quelques instants le décollement sans hémorragie.

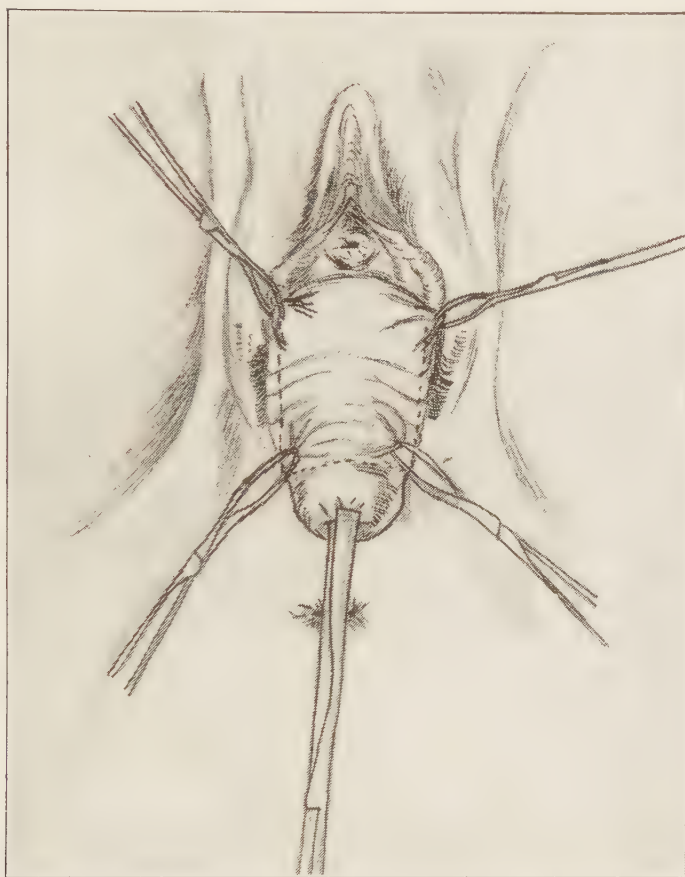


Fig. 1. — Début du 1<sup>er</sup> temps. Le col est abaissé : quatre pinces marquent les angles du lambeau vaginal antérieur; en pointillé, le tracé de ce lambeau.

La dissection achevée, le col utérin est dénudé jusqu'au-dessus de l'isthme ; le lambeau vaginal, complètement libéré et ne tenant plus que par sa base, peut être relevé ; on voit à sa face profonde la vessie qui y adhère, formant un bourrelet flasque et légèrement saillant (fig. 2)

*Deuxième temps.* — De la face profonde du lambeau, toujours maintenu relevé par les pinces, on va maintenant séparer la vessie. Cette séparation se fait à petits coups de ciseaux en rasant soigneusement la paroi vaginale (fig. 3) ; elle mérite quelque attention pour ne pas blesser la vessie, mais ne présente jamais de difficulté sérieuse. Avec les ciseaux mous- ses et fermés, on décolle ou sectionne les tractus qui les lient, mais toujours la pointe inclinée vers la paroi vaginale et jamais vers la vessie. Elle s'accompagne d'une hémorragie en nappe, toujours modérée et que l'on maîtrisera aisément par la compression ou, au besoin, en pinçant quelques artérioles.

Quand la vessie est ainsi complètement libérée et peut être refoulée dans la profondeur, on détache le lambeau vaginal en le sectionnant transversalement à sa base d'un coup de ciseaux, au-dessous des deux pinces repères supérieures.

*Troisième temps.* — A ce moment on pratique la ligature des branches cervico-vaginales de l'artère utérine, de chaque côté du col. Celles-ci forment un bouquet de trois ou quatre artérioles nées de la crosse de l'utérine et s'étalant en éventail sur les bords latéraux

du col et du dôme vaginal ; elles sont la source des hémorragies au moment de l'amputation cervicale.



Fig. 2. — Fin du 1<sup>er</sup> temps. La dissection du lambeau vaginal antérieur est achevée ; le lambeau relevé laisse le col à découvert ; la vessie est encore adhérente à la face profonde du lambeau.

Bouilly et Lœwy ne font pas cette ligature; mais ils signalent que, lors de l'amputation, trois ou quatre petites artères sont coupées dans la base du ligament large et doivent être pincées et liées avec soin. « Comme eux, dans nos premières interventions, nous avons

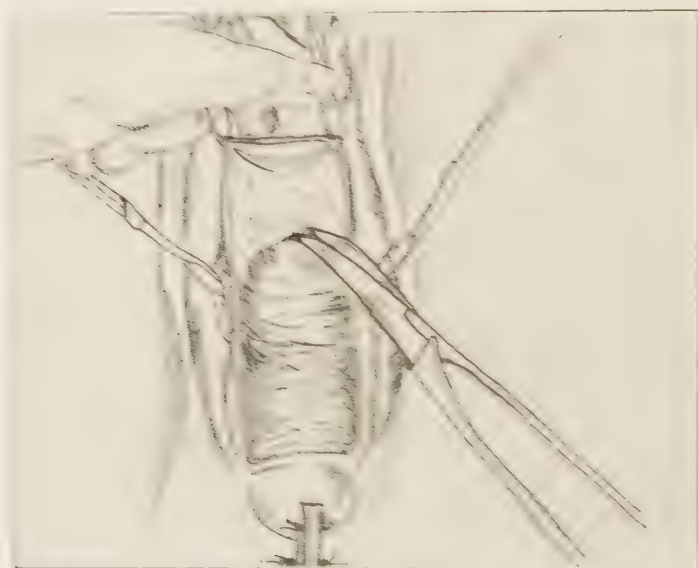


Fig. 3. — 2<sup>e</sup> temps. La vessie est séparée du lambeau vaginal antérieur.

praticqué la ligature individuelle de ces artérioles, au fur et à mesure de leur section. Puis il nous a paru préférable de les lier en masse, avant leur épanouissement, puisqu'il est facile de les reconnaître sur les côtés du col : on pratique ensuite à blanc l'amputation cervicale. » (Ch. Lenormant).

Donc, faisant récliner le col du côté opposé au bouquet artériel que l'on veut lier de manière à le tendre, et plaçant une valve étroite dans la partie externe de la brèche, on charge, avec une aiguille mousse et courbe, armée d'un fil de catgut n° 1, au ras du bord

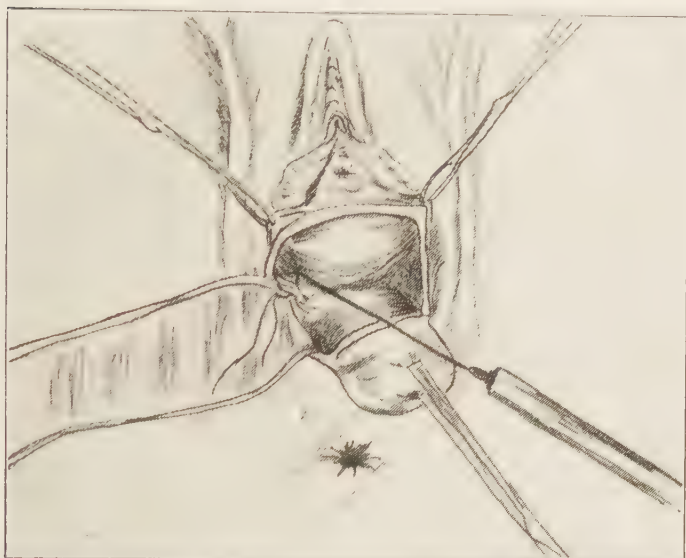


Fig. 4. — 3<sup>e</sup> temps. La dissection de la vessie et la résection du lambeau vaginal antérieur sont achevées ; l'aiguille charge les branches cervicales de l'utérine sur les côtés du col.

latéral du col (fig. 4) le groupe d'artérioles avec le tissu fibreux qui les recouvre, et on le lie en masse.

Cette manœuvre est répétée successivement de chaque côté.

*Quatrième temps.* — Deux coups de ciseaux droits fendent le col, le long de ses bords latéraux, dans toute sa hauteur, et le divisent en deux valves, l'une antérieure et l'autre postérieure ; puis la valve antérieure

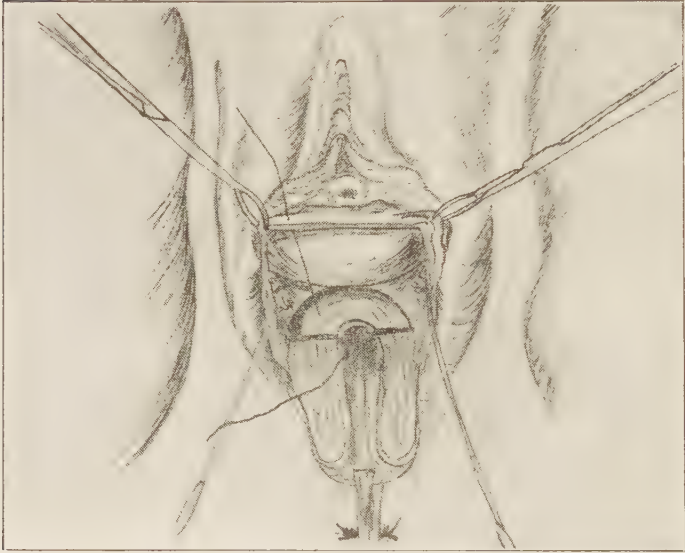


Fig. 5. — 4<sup>e</sup> temps. Les branches cervicales de l'utérine sont liées de chaque côté et l'amputation de la lèvre antérieure du col est effectuée ; le premier fil de la suture vagino-cervicale antérieure est posé.

est détachée par une section transversale au niveau de l'isthme.

Si la ligature des artères cervicales a été correctement exécutée au temps précédent, ces sections s'accompagnent d'une hémorragie insignifiante, qui sera

complètement arrêtée par la suture du lambeau vaginal à la tranche cervicale.

Refoulant alors la vessie dans la profondeur, on saisit avec une pince à griffes la tranche vaginale an-

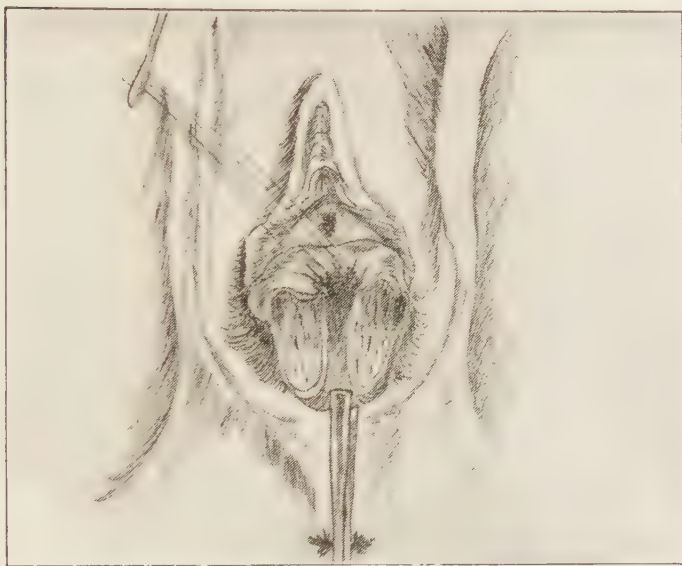


Fig. 6. — Fin du 4<sup>e</sup> temps. La suture vagino-cervicale antérieure est achevée.

térieure et on l'applique sur le moignon cruenté du col, où on la fixe par une suture (fig. 5).

Cette suture doit être faite avec grand soin, car il faut ourler exactement la muqueuse vaginale à la muqueuse utérine.

L'aiguille charge, d'une part, la tranche vaginale

dans toute son épaisseur et, d'autre part, les deux tiers internes de la tranche cervicale. Il faut une aiguille de courbe assez accentuée. On emploiera, pour cette suture, du catgut n° 1 ou n° 2 ; Bouilly et Lœwy recommandent de faire un surjet; on peut tout aussi bien placer des points séparés assez rapprochés les uns des autres (nous en mettons habituellement 4 ou 5 et que l'on noue immédiatement. L'essentiel est de bien affronter muqueuse à muqueuse et, pour cela, « il faut saisir, au fur et à mesure que l'on coud, la muqueuse vaginale à l'aide d'une pince à griffes, qui non seulement l'applique sur la surface de la section utérine, mais la refoule vers la cavité utérine, comme si on voulait l'y faire pénétrer ». (Bouilly et Lœwy.)

Cette suture achevée (fig. 6), toutes les surfaces cruentées sont recouvertes et la moitié antérieure du futur orifice cervical est reconstituée. Les fils de suture sont conservés longs pour servir de moyen de traction sur le col, pendant les temps suivants.

*Cinquième temps.* — La moitié restante (postérieure) du col est saisie par une pince à traction et fortement relevée pendant qu'une valve courte et large deprime la commissure vulvaire et la paroi vaginale postérieure : la face postérieure du col et la partie avoisinante du vagin sont ainsi bien accessibles (fig. 7).

Sur les parties latérales du col, on retrouve les extrémités de l'incision antérieure et on les réunit l'une à l'autre par une incision transversale passant au niveau de l'insertion du vagin sur le col.

Avec les ciseaux rasant le tissu utérin, on dénude

alors la face postérieure du col (fig. 8). On ne tarde pas à arriver sur le cul-de-sac péritonéal rétro-utérin souvent abaissé dans les prolapsus génitaux ; il faut tâcher de le reconnaître et de le ménager ; son ouverture involontaire est un incident fréquent et

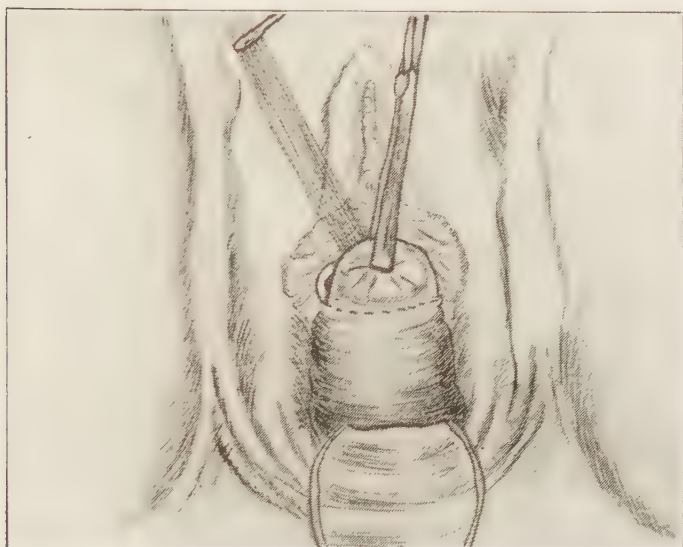


Fig. 7. — Début du 5<sup>e</sup> temps. La lèvre postérieure du col est relevée par une pince ; en pointillé, tracé de l'incision postérieure.

sans nulle gravité. La brèche péritonéale serait aussitôt refermée par quelques points de catgut.

Il n'y a pas à faire ici de résection de la paroi vaginale, comme en avant, le rétrécissement et le raccourcissement de la paroi vaginale postérieure devant

être assurés par la colpo-périnéorraphie qui terminera l'opération.

*Sixième temps.* — Lorsque la dénudation de la valve postérieure du col a été poussée jusqu'au même niveau que celle de la valve antérieure, c'est-à-dire jus-

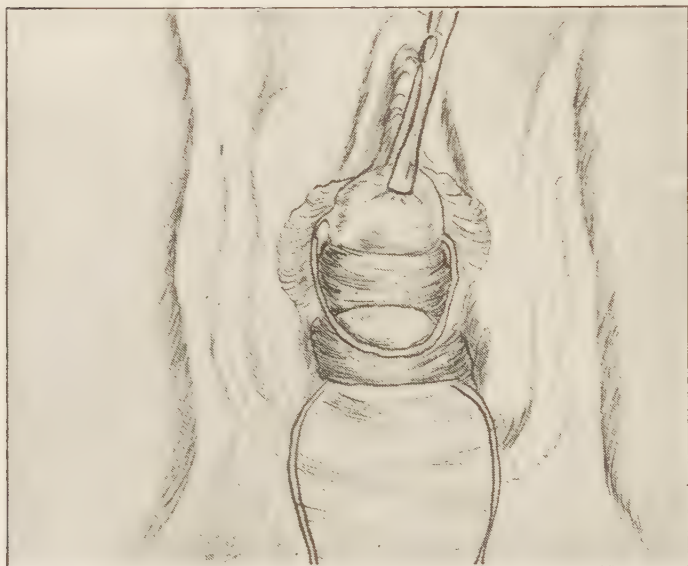


Fig. 8. — Fin du 5<sup>e</sup> temps. La dissection de la partie postérieure du col est achevée ; dans le fond de la plaie, on voit le cul-de-sac péritonéal intact.

qu'à l'isthme, on détache cette valve d'un coup de ciseaux transversal ; l'amputation sus-vaginale du col est alors achevée.

Il ne reste plus qu'à suturer la tranche vaginale postérieure à la demi-circonférence postérieure du

moignon cervical (fig. 9) de la même manière et avec les mêmes précautions qu'on l'a fait pour la demi-circonférence antérieure : là aussi, il faut affronter muqueuse à muqueuse. Le nouvel orifice cervical est ainsi complètement reconstitué.

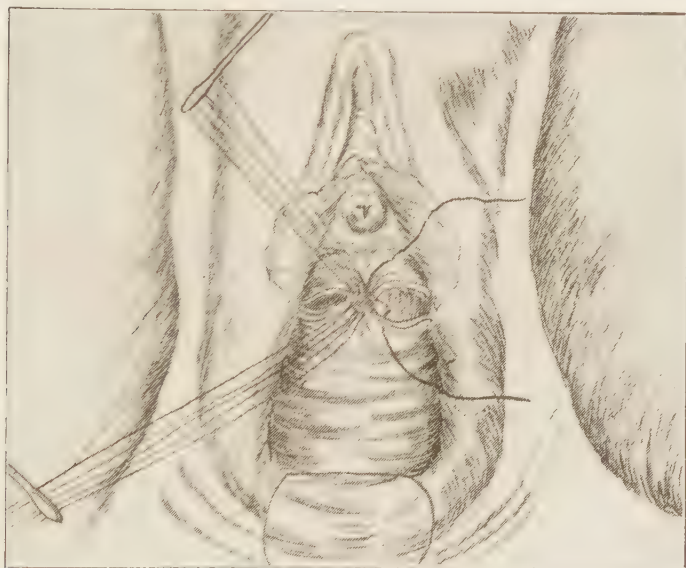


Fig. 9. — 6<sup>e</sup> temps. L'amputation du col est achevée ; la suture vagino-cervicale postérieure.

Mais il persiste habituellement, de chaque côté du col, une fente correspondant à l'angle de réunion des tranches vaginales antérieure et postérieure ; à ce niveau, ces tranches peuvent encore saigner, et la fermeture du vagin n'est pas complète. Il faut donc

compléter la réunion par un ou deux fils d'angle, qui coapteront les deux tranches. Pour ce faire, on place une valve étroite sur la paroi latérale du vagin, en même temps que l'on fait attirer dans la direction opposée le moignon utérin, au moyen des fils de su-

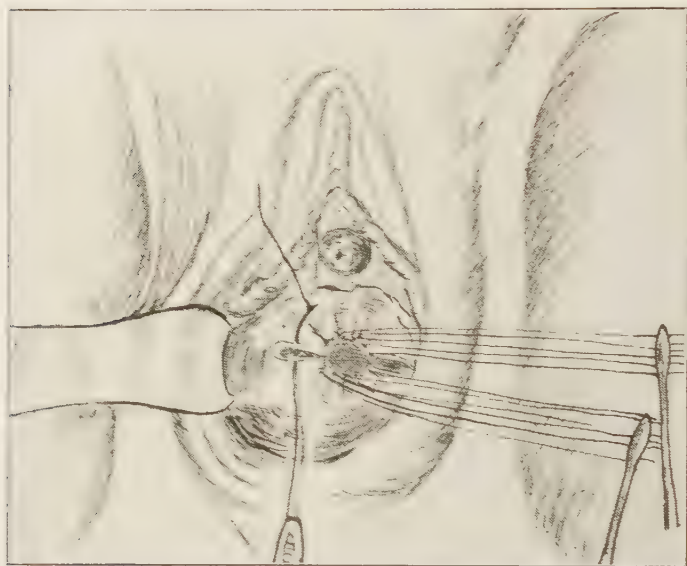


Fig. 10. — Fin du 6<sup>e</sup> temps. Placement des fils d'angles.

ture conservés longs : la fente latérale se trouve bien exposée, et il est facile d'en rapprocher les lèvres par un ou deux points de suture (fig. 10).

Cette manœuvre complémentaire, qu'il ne faut pas négliger, est exécutée successivement de chaque côté.

*Septième temps* (1). — L'utérus est refoulé en haut par un tampon. On pratique une incision de périnéorraphie par dédoublement, mais élargie pour faciliter l'abord des releveurs et permettre la mobilité complète du vagin. C'est une incision concave en avant qui passe transversalement à la limite postérieure de la fourchette et se porte en dehors jusqu'au bord externe de la grande lèvre.

Puis on dédouble cette fourchette en coupant le raphé vagino-périnéal au ras de la paroi vaginale ; de ce fait l'espace décollable est ouvert ; à ce moment, l'index chargé d'une compresse décolle complètement la paroi vaginale postérieure, laquelle est attirée en haut par une pince ; ce décollement s'effectue très facilement et sans hémorragie. Alors, avec la pointe de ciseaux courbes tenus fermés, on se rapporte en arrière et sur les côtés pour isoler les muscles releveurs ; on poursuit cet isolement en avant jusqu'au point où ils s'engagent sous le diaphragme uro-génital, sous les arcades périnéales et en arrière jusqu'au sphincter anal. Une valve étroite, longue, droite, placée sur la ligne médiane, repousse en arrière la paroi recto-ampulaire.

Il faut suturer ces muscles sur la ligne médiane et en même temps pratiquer une vaginopexie qu'elle relevera et qui donnera au canal vaginal son obliquité normale — d'avant en arrière et de haut en bas. — Pour cela, le premier point de suture doit être

---

(1) A partir du 7<sup>e</sup> temps Monsieur le Professeur Michel exécute une colpo-périnéorraphie postérieure et myorraphie des releveurs.

placé aussi profondément que possible à la hauteur de Douglas, que l'on refoulera s'il est trop proéminent.

Avec une aiguille courbe, on charge le muscle et largement, elle passe ensuite dans la paroi vaginale, non au même niveau, mais plus bas que le muscle. Le fil repasse alors dans le muscle opposé, de telle sorte qu'il décrit le trajet en  $\Omega$ . Ce fil n'est pas noué immédiatement, trois à quatre fils sont ainsi placés. Ils sont de plus en plus superficiels et le dernier point passe dans ce bord même pour comprendre le vagin à la limite de la vulve. Les fils sont alors noués en commençant par le dernier placé. A ce moment, si c'est nécessaire, on pratique une incision raccourcissante de la paroi vaginale postérieure, et on refait la fourchette. Pour ce dernier temps, on saisit par deux pinces le milieu de chacune des deux lèvres, produites par l'incision première de la fourchette, l'une muqueuse attirée en haut, l'autre cutanée, attirée en bas. De ce fait, il se produit un losange dont les deux triangles, supérieur et inférieur, chacun à part, sont suturés transversalement, et profondément en rassemblant tous les tissus fibreux, cellulaires et musculaires. De sorte que les deux sutures médianes en se rejoignant, forment un dos d'âne, avec un versant muqueux et vaginal et l'autre cutané et péri-néal. Ce dos d'âne c'est la nouvelle fourchette reconstituée, épaisse, solide et relevée.

Pansement vaginal et sonde vésicale à demeure.

## CHAPITRE IV

### OBSERVATIONS

---

Toutes nos observations font partie de la clientèle hospitalière, ce qui augmentait la difficulté de suivre les malades après leur sortie, surtout quand on se propose de les rechercher plusieurs années après ; certaines de ces malades ont changé de localité, d'autres sont décédées. Si bien que notre exposé manquera de quelques observations que nous regrettons beaucoup de n'avoir pu faire.

Nous avons envoyé à toutes ces malades, traitées par la méthode de Bouilly, une circulaire-questionnaire, pour leur demander des nouvelles de leur état actuel, concernant leur opération.

Nous avons vu nous-même certaines d'entre elles; d'autres ont répondu personnellement à nos questions.

Etant donné que nous nous proposons de présenter les résultats éloignés de cette méthode, nous pensons que pour cela il faut au moins considérer un espace d'une année.

Voici le questionnaire que nous avons adressé à chaque malade :

Madame,

Je vous rappelle que vous avez été opérée le....., dans le service de M. le Professeur Michel ; étant donné que M. le Professeur s'intéresse et suit ses malades après l'opération, nous vous prions de bien vouloir donner des nouvelles de votre maladie en répondant au questionnaire suivant :

- 1° Quel est votre état de santé général ?
- 2° Avez-vous des douleurs ou pesanteurs dans le bas-ventre ?
- 3 Avez-vous des tiraillements dans les reins ?
- 4 Avez-vous des difficultés pour uriner ?
- 5 Souffrez-vous en urinant ?
- 6 Combien de fois urinez-vous (le jour, la nuit) ?
- 7 Allez-vous normalement à la selle ?
- 8 Avez-vous des difficultés pour la marche, la station debout, le travail ?
- 9 La matrice descend-elle au moment des efforts ?
- 10 Avez-vous de la difficulté dans vos rapports conjugaux ?
- 11 Comment sont vos règles, avant et depuis l'opération ?
- 12 Avez-vous des pertes blanches ?
- 13 Avez-vous eu des grossesses après l'opération ?

Nous donnons le résumé de chaque observation suivie de son résultat éloigné.

#### OBSERVATION I ( *inédite* )

La nommée Georgette Bo..., 49 ans, brodeuse, entrée à l'Hôpital civil, service de chirurgie de M. le Professeur Michel, le 12 décembre 1933.

A. P. — Régée à 10 ans et demi, règles régulières jusqu'en 1928, à cette époque, règles abondantes et durables, 10 jours. En 1933, suspension des règles pendant les mois août et septembre avec petites pertes de sang irrégulier. En octobre et novembre, réapparition des règles qui durent 2 jours et ont une odeur fétide ; une semaine après les dernières règles, grosse perte de sang.

Depuis plusieurs années, elle perd en blanc continuellement, mais depuis 2 mois, ces pertes sont sales et fétides.

Troubles urinaires peu prononcés, 5 à 6 fois par jour et 1 à 3 fois la nuit, non douloureuses.

Constipation opiniâtre, 10 à 12 jours sans aller à la selle, ventre gonflé, migraine, somnolence, vomissement.

Une seule grossesse à terme, il y a 21 ans, terminée par un accouchement très difficile ; arrêt du travail pendant 2 jours (atonie complète de l'utérus), forceps laborieux, déchirure périnéo-vaginale superficielle non réparée immédiatement (quelques agrafes). Depuis plusieurs années, pesanteur et tiraillement dans le bas-ventre, douleurs dans la région hépatique, troubles dyspeptiques, douleurs dans la région lombaire, mal dans les jambes.

Il y a 5 à 6 mois, tous ces symptômes fonctionnels se sont aggravés, la marche est devenue difficile, même la position assise est gênée et douloureuse ; impossibilité de faire des efforts.

Tout rentre dans l'ordre après le repos au lit, mais dans la journée, avec la fatigue, le cortège de symptômes réapparaît.

*Etat local actuel.* — Gros prolapsus génital-cystocèle comme une mandarine, effacement du cul-de-sac antérieur, conservation partielle du cul-de-sac vag-post, rectocèle peu prononcée. Le corps de l'utérus a une position normale, col allongé, hypertrophié, ramolli. On constate deux polypes pédiculisés, ulcérés, qui pendent du col. La toux et l'effort font progresser le prolapsus. La réduction est facile. Etat général profondément troublé.

*Intervention le 15 décembre 1933. — Procédé de Bouilly.*

Pansement vaginal, sonde à demeure. Aucun incident opératoire. Suites opératoires normales, presque apyrétique, t° : 37°, 37°5, 37, suppression des mèches. La malade a quitté le service complètement guérie aux points de vue fonctionnel et plastique le 4-1-34.

Cette malade a répondu à nos question le 20 janvier 1935, c'est-à-dire l'an passé après l'intervention. « Je ne suis pas bien forte car la faiblesse a été grande chez moi ; debout au travail je ne souffre plus, mais j'ai mal aux reins quand je suis assise toute la journée penchée sur mon travail ; pour uriner je n'ai pas de difficulté, j'urine encore assez fréquemment. Par moment constipée. Pour la matrice, je tiens à vous dire que je ne sens rien qui descend ; les rapports conjugaux sont normaux, les premiers mois après mon opération, je souffrais, maintenant non ; mes règles ne viennent plus aussi souvent qu'avant l'opération, elles sont abondantes. Depuis l'opération je n'ai plus de pertes blanches ; pas de grossesse postérieure à l'opération. »

## OBSERVATION II ( *inédite* )

La nommée Lucie Ma..., 59 ans, entre à l'hôpital civil, service de chirurgie de M. le Professeur Michel, le 10-9-1933.

*Etat local actuel.* — Prolapsus génital moyen: périnée mince, vulve béante, paroi antérieure allongée avec cystocèle, utérus peu descendu, très mobile ; col long, étiré, déchiré et scléreux. Etat général mauvais ; ménopause depuis plusieurs années.

*Intervention le 16-9-1933. — Procédé de Bouilly habituel.*

Pas d'incident opératoire, suites opératoires normales. La malade quitte le service guérie le 5-10-33.

Voici la lettre qu'elle nous a écrite le 13-12-34, c'est-à-dire 1 an et 2 mois après son opération :

« Je me porte bien depuis mon opération, je n'ai jamais plus souffert du ventre, quelquefois mal aux reins c'est la seule chose que je ressens ; pour uriner je ne ressens rien, j'urine 3 ou 4 fois le jour, la nuit une fois ou pas. Je vais à la selle normalement. Pour la marche je ne suis pas gênée mais je fatigue un peu (j'ai 60 ans), alors je vais plus doucement. Au passage, je n'avais rien ressenti depuis mon opération, puis, il y a quelques semaines, j'ai eu un gros rhume et j'ai ressenti une poussée qui a disparu avec le rhume ; je ne perds rien ni en rouge ni en blanc. »

### OBSERVATION III ( *inédite* )

La nommée Vanc... Jeanne, 50 ans, entre à l'hôpital civil, service de chirurgie de M. le Professeur Michel, le 20-7-33.

*Etat local actuel.* — Grop prolapsus génital parois antérieures déroulées, grosse cystocèle ; utérus abaissé et rétroversé ; allongement hypertrophique du col avec ulcérations ; périnée éculé (3 cm.), vulve béante ; pas de rectocèle.

Douleurs lombaires et au bas du ventre, ménopause à 47 ans, leucorrhée ; pollakiurie considérable, 15 fois le jour, 5 fois la nuit.

*Intervention* le 26-7-33. — Opération de Bouilly.

Sans incident opératoire, suites normales ; la malade quitte le service guérie le 12-8-33.

Elle nous répond le 18-12-34, c'est-à-dire 1 an et 5 mois après son opération.

« Mon état général est satisfaisant, je ne sens ni douleur, ni pesanteur dans le bas-ventre ; j'ai des maux de reins de temps en temps ; pas de souffrance en urinant, 7 à 8 fois le jour et 2 fois la nuit. Je vais à la selle tous

les jours. Pour la station debout et le travail, je n'ai pas de difficulté, mais je ne suis pas une bonne marcheuse. La matrice ne descend plus ; pas de difficulté pour les rapports conjugaux ; mes règles ont été terminées avant l'opération ; j'ai un peu de flueurs blanches. »

#### OBSERVATION IV ( *inédite* )

La nommée Jeanne Le..., 43 ans, entre à l'hôpital civil, service de chirurgie de M. le Professeur Michel, le 12-7-32.

*Etat local actuel.* — Prolapsus génital complet, tumeur à la vulve ; cul de sac antérieur disparu, cul de sac postérieur diminué de profondeur ; prolapsus réductible ; périnée peu épais ; corps utérin très descendu, peu volumineux. Col scléreux, cicatriciel, peu augmenté de volume. Pollakiurie ; impossibilité de faire des efforts ; règles normales.

*Intervention* le 20-7-32. — Procédé de Bouilly.

Pas d'incident opératoire ; suite opération normale et aseptique ; la malade est sortie guérie le 11-8-32. Nous avons reçu des nouvelles le 19-1-35, c'est-à-dire 2 ans 1/2 après l'opération.

« Etat général bon ; pas de douleurs, pas de pesanteur dans le bas-ventre ni de tiraillements dans les reins ; je n'ai pas de gêne ni mal en urinant, de 3 à 4 fois le jour, la nuit non ; selles normales ; je me fatigue quand il faut rester debout longtemps, mais la matrice ne descend plus du tout. Pour les rapports conjugaux, nous avons eu des difficultés au début, mais après, tout est normal. Mes règles, avant normales, maintenant aussi tous les 25 jours, très peu de flueurs blanches. Pas de grossesse après l'opération.

« Je suis très contente d'avoir été opérée, car maintenant je peux faire mon travail et porter des charges, tandis qu'avant je ne pouvais faire aucun effort que tout sortait. »

#### OBSERVATION V ( *inédite* )

La nommée Mar..., 63 ans, entre à l'hôpital civil, service de chirurgie de M. le Professeur Michel, le 1-4-1932.

*Etat local actuel.* — Prolapsus génital accentué ; cystocèle ; pas de cul-de-sac antérieur ; paroi postérieure du vagin peu allongée ; périnée mou et distensible, peu épais ; utérus très abaissé ; col long et mince. Ménopause depuis plusieurs années.

*Intervention* le 8-4-32. — Procédé de Bouilly.

Aucun incident opératoire ; suites opératoires normales et aseptiques ; tout est en parfait état ; sortie le 27-4-32. Voici ce qu'elle nous écrit, à la date du 13-12-34, c'est-à-dire 2 ans et 8 mois après l'opération :

« Je suis bien du côté de la santé, aucune douleur et pesanteur ni tiraillement dans les reins et le bas-ventre ; non plus pour uriner, de 3 à 4 fois pendant la journée et la nuit, si je me réveille, sinon rien du tout. Mes selles sont normales ; je ne suis pas gênée ni par le travail, ni pour la marche, ni pour rester debout ; la matrice ne descend plus, je ne sens rien du tout ; je n'ai aucun écoulement ; tout va bien. »

#### OBSERVATION VI ( *inédite* )

La nommée Joséphine Ge..., 59 ans, entre à l'hôpital civil, service de chirurgie de M. le Professeur Michel, le 4-3-32.

*Etat local actuel.* — Prolapsus génital avec grosse cystocèle, paroi antérieure du vagin très déroulée ; utérus plutôt petit ; col utérin allongé et hypertrophié ; périnée affaibli. Pollakiurie ; ménopause à 44 ans.

*Intervention* le 9-3-32. — Opération de Bouilly.

Sans incident opératoire ; suites normales et asepti-

ques ; guérison complète à tous points de vue ; sortie le 26-3-32. Voici sa réponse à nos questions du 10-1-35, c'est-à-dire 2 ans et 10 mois après son opération :

« Mon état général est satisfaisant ; je ne ressens aucun autre malaise que le mal de reins lorsque je suis longtemps debout ou quand je porte des charges ; j'urine facilement et sans douleur et assez souvent. Pour la matrice, je ne sens plus rien comme si je n'en avais plus ; mes règles sont passées voilà plus de 15 ans ; je n'ai pas de pertes blanches.

#### OBSERVATION VII ( *inédite* )

La nommée Par..., 41 ans, jardinière, entre à l'hôpital civil, service de chirurgie de M. le Professeur Michel, le 6-4-30.

*Etat local actuel.* — Prolapsus génital avec grosse cystocèle ; utérus peu abaissé ; col hypertrophié et allongé, avec des ulcérations à l'orifice externe ; périnée flasque et éculé ; parois antérieure et postérieure du vagin allongées, trop grandes ; règles normales ; leucorrhée ; grande difficulté aux efforts.

*Intervention* le 10-4-30. — Procédé de Bouilly.

Suites normales ; la malade quitte le service guérie le 2-5-30.

Nous avons vu cette malade le 10 janvier 1935, c'est-à-dire 4 ans et 9 mois après l'opération. Elle nous a déclaré être en parfaite santé. A aucun moment de la journée, malgré le travail pénible de jardinière qu'elle exerce, elle ne ressent plus de tiraillements, de douleurs ou pesanteurs dans le bas-ventre et les reins. Elle urine et va à la selle normalement. Ses règles sont normales, durée 4-5 jours et tous les 28 jours, non douloureuses ; pas de grossesse postérieure à l'opération.

A l'examen local, nous constatons un périnée très haut,

épais et résistant, une fourchette cicatricielle très élevée (même exagérément), de ce fait, la vulve est réduite à peu de chose, c'est à peine si l'index peut pénétrer dans le vagin, les parois sont bien accolées l'une à l'autre ; on accède sur le moignon du col qui est élevé et rapporté en avant ; l'utérus est très petit et comme atrophié ; les culs de sac sont libres. En faisant pousser la femme au moment où le doigt explore, il n'y a aucun déroulement des parois vaginales ; pas de cystocèle. Speculum impossible, bien entendu.

Elle nous déclare : « La seule chose que je reproche au docteur, c'est de m'avoir trop cousu et que par la suite les rapports conjugaux sont presque impossibles. »

#### OBSERVATION VIII ( *inédite* )

La nommée Louise Voi..., 49 ans, entre à l'hôpital civil, service de chirurgie de M. le Professeur Michel, le 14-1-30.

*Etat local actuel.* — Prolapsus génital très prononcé, grosse cystocèle, parois vaginales antérieures et postérieures tombées, méat urinaire béant et atone ; périnée affaissé ; utérus fortement abaissé, col long et bivalve. Etat général bon, tiraillements et pesanteur dans le bas-ventre. Pollakiurie considérable (15 fois au moins le jour et toutes les heures la nuit ; incontinence d'urine consécutive à un accouchement très difficile au forceps. Ménopause à 43 ans.

*Intervention* le 21-1-30. — Opération de Bouilly.

Suites opératoires normales et aseptiques ; la malade quitte le service le 8-2-30 guérie, tout de même un peu de fréquence pour la miction persiste.

Elle nous répond aux questions posées à la date du 22-12-34, c'est-à-dire 4 ans et 11 mois après l'opération :

« Mon état général est satisfaisant ; je n'ai plus de

douleurs dans le bas-ventre ; plus de tiraillements dans les reins ; j'urine facilement et assez fréquemment ; je vais à la selle normalement ; je n'ai aucune difficulté pour la marche ni pour le travail. La matrice ne descend plus. Nous n'avons pas de difficultés pour les rapports conjugaux ; je ne suis plus indisposée depuis 6 ans. Je n'ai point de pertes blanches. »

#### OBSERVATION IX ( *inédite* )

La nommée Perr..., 49 ans, entre à l'hôpital civil, service de chirurgie de M. le Professeur Michel, le 4-9-29.

*Etat local actuel.* — Prolapsus génital avancé ; corps utérin très descendu, volumineux, mollassé mais mobile ; col peu allongé, déchiré, cicatriciel. Chute des parois vaginales antérieure et postérieure ; cystocèle ; règles normales.

*Intervention* le 19-9-29. — Opération de Bouilly.

Pas d'incident opératoire ; suites normales et aseptiques. La malade quitte le service en parfait état le 7-10-1929.

Voici sa réponse à la date du 21-12-34, c'est-à-dire 5 ans et 3 mois après son opération :

« Ma santé est très bonne ; je ne ressens ni douleurs ni pesanteur dans le bas-ventre ; un peu mal aux reins, mais pas toujours ; j'urine normalement le jour, 2 fois la nuit ; aucune difficulté pour la marche ni pour le travail. Je ne sens rien au passage malgré le travail fatigant ; pas de difficulté pour les rapports conjugaux. Mes règles sont normales ; un peu de pertes blanches. »

#### OBSERVATION X ( *inédite* )

La nommée Ki..., 59 ans, repasseuse, entrée à l'hôpital civil, service de chirurgie de M. le Professeur Michel, le 5-1-29.

*Etat local actuel.* — Prolapsus génital complet; grosse tumeur hors la valve; plus de cul-de-sac antérieur, le postérieur existe, mais très réduit; cystocèle; rectocèle légère; prolapsus réductible; vagin exubérant; utérus petit et dur; col allongé et hypertrophié, ulcération étendue de la lèvre postérieure du col; ménopause; leucorrhée; très gênée pour le travail; pollakiurie; tiraillement et douleurs dans le bas-ventre et les reins.

*Intervention* le 12-1-29. — Opération de Bouilly.

Incident opératoire: le clivage de la paroi rectale détermine une petite écaillure non perforante qui est suturée; suites opératoires normales et aseptiques.

La malade quitte le service en parfait état le 3-2-29.

Voici sa réponse à nos questions du 15-1-35, c'est-à-dire 6 ans après l'opération:

« Mon état général est bon, je ne ressens absolument plus rien dans le bas du ventre; aucun tiraillement dans les reins; j'urine normalement, je ne souffre pas en urinant, j'urine 5 à 6 fois le jour et la nuit; je vais normalement à la selle. Aucune difficulté pour la marche et le travail (repasseuse). La matrice est normale, je ne sens plus rien; je ne suis plus réglée depuis plusieurs années; rapports conjugaux: néant; je n'ai point de flueurs blanches. »

#### OBSERVATION XI ( *inédite* )

La nommée Lu... Marie, 52 ans, entrée à l'hôpital civil, service de chirurgie de M. le Professeur Michel, le 1-6-27.

*Etat local actuel.* — Prolapsus utérin; le périnée est aminci; le corps utérin assez gros et fortement abaissé; col peu allongé, mais gros et tapiroïde; tiraillements et douleurs lombaires, difficultés pour les gros efforts; ménopause à 45 ans; leucorrhée assez abondante.

*Intervention* le 7-6-27. — Opération de Bouilly.

Sans incidents opératoires ; suites opératoires normales et aseptiques ; résultat immédiat parfait ; sortie le 30-6-27.

La malade a répondu elle-même au questionnaire, le 15-12-1934, c'est-à-dire 7 ans 1/2 après son opération.

« Mon état général est bon, je ne sens pas de douleurs ni de tiraillements dans le bas-ventre ; quelquefois, quand je suis très fatiguée, j'ai des maux de reins ; je n'ai pas de difficulté ni de souffrance pour uriner, j'urine 3 ou 4 fois le jour, la nuit 1 fois ; je vais régulièrement à la selle ; je n'ai aucune difficulté ni pour la marche, ni pour le travail, ni les stations debout prolongées. Non, la matrice ne descend pas du tout ; rapports conjugaux normaux ; je ne vois rien, ni en rouge, ni en blanc. »

#### OBSERVATION XII ( *inédite* )

La nommée Ba..., 49 ans, entre à l'hôpital civil, service de chirurgie de M. le Professeur Michel, le 10-2-26.

*Etat local actuel.* — Prolapsus génital complet ; cystocèle ; utérus abaissé ; après les fatigues, le col est hors la vulve, il est gros et dur ; pollakiurie ; règles peu abondantes et irrégulières ; un peu de leucorrhée.

*Intervention* le 17-2-26. — Opération de Bouilly.

Sans incidents opératoires ; suites normales et aseptiques. A la sortie de la malade, le 20-3-26, on constate le bon résultat immédiat.

Cette malade nous a donné de ses nouvelles le 14-12-34, c'est-à-dire 8 ans et 10 mois après son opération.

« Je me porte assez bien, j'ai des pesanteurs quelquefois dans le ventre, mais jamais de douleurs dans le bas-ventre, aucune sensation dans les reins ; j'urine normalement et je ne souffre point, 5 à 6 fois le jour, 3 fois la nuit ; mes selles sont régulières ; si je reste longtemps

debout, fatigue générale. La matrice reste stationnaire comme vous me l'avez laissée ; mon mari se plaint d'une dureté pour lui. Depuis l'opération mes règles sont néant ; je n'ai pas de flueurs blanches.

#### OBSERVATION XIII (*inédite*)

La nommée Léa Pe..., 44 ans, entre à l'hôpital civil, service de chirurgie de M. le Professeur Michel, le 2-2-1928.

*Etat local actuel.* — Prolapsus génital de 2° degré ; périnée mince et réduit à peu de chose ; une tumeur entr'ouvre la vulve ; le col est long et hypertrophié avec des érosions sur ses faces ; cystocèle ; parois vaginales exubérantes ; le corps utérin est petit et rétroversé. Les parois abdominales sont amincies et comme atrophiées ; règles normales.

*Intervention* le 9-2-1928. — Opération de Bouilly-Rachiomes.

Suites opératoires normales ; la malade quitte le service guérie le 6-3-28.

Cette malade nous a écrit le 24-1-1935, c'est-à-dire 7 ans après l'opération, voici sa réponse :

« Depuis 3 ans, je souffre du rhumatisme déformant, je vais mieux cette année, mon état général est assez bon pour le moment, quelquefois mon ventre est lourd, je n'ai pas de tiraillements ni douleurs dans les reins ; j'urine normalement et sans douleur, 3-4 fois le jour, la nuit 1 ou 2 fois ; je vais normalement à la selle ; pour le travail, la marche et les stations debout, les jambes me manquent, je ne puis rien faire.

« La matrice ne descend probablement plus, puisque je ne sens rien au passage et je ne souffre pas.

« Les rapports conjugaux, avec un peu de difficulté ;

mes règles ont été normales après l'opération : elles ont cessé 1 an 1 2 après l'opération : je n'ai pas de flueurs blanches. Non, pas de grossesse postérieure à l'opération. »

#### OBSERVATION XIV (*inedite*)

La nommée Gabrielle Ch..., 47 ans, entre à l'hôpital civil, service de chirurgie de M. le Professeur Michel, le 4-5-28.

*Etat local actuel.* — Prolapsus génital : cystocèle ; vagin exubérant. Col utérin gros, avec exulcération sur sa face postérieure et suintement glaireux de son orifice externe. Le corps utérin est petit et rétroversé.

*Intervention* le 4-5-28. — Procédé de Bouilly.

Pas d'incidents opératoires : suites normales et aseptiques : à sa sortie, le 28-5-28, tout est bien. Nous avons reçu de ses nouvelles le 21-12-34, c'est-à-dire 6 ans et 7 mois après l'opération : voici ce qu'elle nous écrit :

« Mon état général est bon, je n'ai plus de douleurs ni de pesanteur dans le bas-ventre, non plus dans les reins : j'urine normalement et sans douleur, de 4 à 5 fois le jour, 1 fois la nuit : je n'ai pas de difficultés, ni pour la marche ni pour le travail, ni pour les stations debout : mais la matrice, je croyais qu'on me l'avait enlevée ? Je ne sens absolument rien, c'est comme si je n'en avais plus. Aucune difficulté pour mes rapports conjugaux. Règles, néant : pertes blanches non plus. »

#### OBSERVATION XV (*inedite*)

La nommée Claire Sam..., 35 ans, entre à l'hôpital civil, service de chirurgie de M. le Professeur Michel, le 25-2-27.

*Etat local actuel.* — Prolapsus génital complet ; périnée flasque ; vulve béante ; cystocèle ; cul-de-sac antérieur disparu ; utérus en rétroversion, de volume normal, il est fortement abaissé ; col allongé et hypertrophié avec ulcération sur les lèvres ; pollakiurie, leucorrhée abondante ; règles douloureuses et toutes les 3 semaines.

*Intervention* le 2-3-27. — Opération de Bouilly.

Sans incidents opératoires ; suites normales et aseptiques ; la malade sort complètement guérie le 26-3-27. Voici ce qu'elle nous répond elle-même à la date du 5-1-35, c'est-à-dire 7 ans et 10 mois après l'opération :

« Mon état général est bon, je me porte très bien, je ne sens aucun malaise, ni au bas-ventre ni aux reins. J'urine facilement, 3 fois le jour et pas la nuit. Une fois par jour à la garde-robe ; la seule chose qui me fait souffrir c'est les jambes. La matrice est normale, je ne sens rien ; mes rapports conjugaux sont normaux, sans gêne ; mes règles sont bien maintenant, je n'ai plus de flueurs blanches. Je tiens à vous dire que j'ai eu après mon opération 3 grossesses qui n'ont été qu'à 6 semaines chacune. »

#### OBSERVATION XVI ( *inédite* )

La nommée Cyrille P..., 38 ans, entre à l'hôpital civil, service de chirurgie de M. le Professeur Michel, le 1-11-28.

*Etat local actuel.* — Prolapsus génital très accentué ; cystocèle ; rectocèle ; utérus augmenté de volume et abaissé. Col utérin gros, métritique avec ulcération, écoulement jaune abondant provenant de l'utérus (métrite du corps utérin). Aux stations prolongées debout et par la fatigue, le col est hors de la vulve. Règles très abondantes et irrégulières, durée de 5 à 6 jours ; constipation opiniâtre ; gêne considérable pour le travail et la mar-

che. Rapports conjugaux difficiles ; état général déficient. Grande dépression morale à cause de son infirmité.

*Intervention* le 7-11-28. — Procédé de Bouilly + myographie des releveurs.

Sans incident opératoire ; suites normales et aseptiques. La malade quitte le service, le 29-11-28, en bon état. Voici sa réponse du 19-1-35, c'est-à-dire 6 ans et 2 mois après l'opération.

« J'ai souvent des rhumatismes ; j'ai une lésion au cœur par suite d'endocardite rhumatismale aiguë, il y a 16 ans. Quelquefois j'ai mal au ventre, plutôt quand mes règles sont pour venir ; je n'ai pas de tiraillement dans les reins ; par moment j'ai des coliques néphrétiques et je prends des tisanes diurétiques ; j'urine 3 à 4 fois par jour, une fois la nuit. La constipation m'a fait beaucoup de tort dans le temps, maintenant je me soigne et ça va mieux. Quand je suis fatiguée, que je travaille debout et surtout pour la marche, mon cœur me gêne beaucoup. Avant mon opération, mes règles duraient 5 jours, elles durent 3 jours maintenant ; j'avais des écoulements jaunes avant, maintenant plus rien. J'ai eu une fausse couche de 3 mois, l'année d'après, à peu près 11 mois.

« Mon opération m'a beaucoup soulagée, comme c'était avant je ne pouvais plus rester, si ça reste comme je suis maintenant, je serais contente. »

#### OBSERVATION XVII (*inedite*)

La nommée No...., 37 ans, entre à l'hôpital civil, service de chirurgie de M. le Professeur Michel, le 10-5-27.

*Etat local actuel.* — Prolapsus génital avancé ; paroi vaginale antérieure déroulée ; cystocèle ; utérus abaissé avec un col allongé et gros ; cul-de-sac vaginal posté-

rieur peu profond ; règles normales ; tiraillements et douleurs dans le bas-ventre ; état général bon.

*Intervention* le 18-5-27. --- Opération de Bouilly.

Suites normales et aseptiques. La malade quitte le service le 11-6-27 en bon état. Cette malade a répondu à nos questions le 16-1-35, c'est-à-dire 7 ans et 8 mois après son opération. Voici ce qu'elle nous dit :

« Mon état de santé est bon ; j'ai encore de temps en temps des douleurs dans le bas-ventre, mais ceci n'est pas à comparer avec l'atrocité de celles d'avant mon opération ; je n'ai pas mal aux reins ; j'urine normalement et sans difficulté ; je n'éprouve aucune gêne ni fatigue anormales dans la marche, ainsi que pour le travail. En ce qui concerne la chute de la matrice, je ne sens plus rien qui descend. Mes règles sont bien ; je n'ai pas de pertes blanches. Aucune grossesse après mon opération. »

#### OBSERVATION XVIII ( *inédite* )

La nommée Alice Ri..., 36 ans, entre à l'hôpital civil, service de chirurgie de M. le Professeur Michel, le 15-1-1928.

*Etat local actuel.* - Prolapsus génital moyen ; corps utérin peu abaissé, rétroversé ; col allongé et hypertrophié, déchiré des suites de couches ; cystocèle peu prononcée, pas de rectocèle ; périnée aminci et étirable par le toucher rectal. Etat général bon ; douleurs et tiraillements dans les reins. Règles peu abondantes et douloureuses.

*Intervention* le 21-1-28. --- Opération de Bouilly.

Sans incident opératoire ; suites normales et aseptiques. La malade quitte le service le 10-2-28 en bon état.

Voici sa réponse datée du 22-1-35 c'est-à-dire 7 ans après l'opération :

« Je suis bien portante, je n'ai pas de douleurs ni de pesanteur dans le bas-ventre, non plus de tiraillements dans les reins, si ce n'est au moment de mes époques ; j'urine normalement et sans douleur, 4 à 5 fois le jour, une fois la nuit. Mes selles sont normales. Le travail ne me fatigue pas, la marche, au contraire, car je pèse 89 kilos, je ne suis pas habituée à marcher, je fais de la bicyclette. La matrice n'a aucune tendance à descendre ; pas de difficultés pour les rapports conjugaux.

« Au moment des règles, je suis très nerveuse ; je souffre des reins et du bas-ventre, mais mon travail n'est pas arrêté pour cela ; pas de pertes blanches, ni grossesse après mon opération ; j'ai 43 ans, je suis très forte, mais très nerveuse et vite en colère. »

#### OBSERVATION XIX ( *inédite* )

La nommée Voz... Berthe, 41 ans, entre à l'hôpital civil, service de chirurgie de M. le Professeur Michel, le 10-1-30.

*Etat local actuel.* — Gros prolapsus génital ; périnée très réduit ; parois vaginales déroulées ; gros cystocèle ; col allongé et hypertrophie ; utérus en rétroversion et fortement abaissé. Règles régulières et abondantes ; état général bon.

*Intervention* le 15-1-30. — Opération de Bouilly.

Sans incident opératoire ; suites normales. La malade quitte le service en parfait état le 1-2-30.

Nous avons vu cette malade le 25 janvier 1935, c'est-à-dire 5 ans après son opération. Voici son état actuel : sa santé est médiocre ; cette femme souffre de troubles nerveux survenus il y a 2 ans ; au point de vue fonctionnel, tout est parfait, aucune douleur ni tiraillement dans le bas-ventre et les reins. Aucun trouble urinaire. Elle ne se plaint nullement d'être gênée pour la marche,

pour les stations debout prolongées, ni pour son travail habituel. Les règles sont régulières et abondantes ; pourtant elle signale un peu de décalage de ses époques antérieures à l'opération, « avant tous les 28 jours et maintenant tous les 23 jours ». Les rapports conjugaux sont normaux ; pas de leucorrhée, pas de grossesse postérieure à l'opération.

Localement nous constatons un périnée assez épais, la fourchette est un peu amincie mais assez haut située. Au toucher vaginal, nous trouvons le vagin assez profond, les parois vaginales sont tendues et même, aux poussées de la malade, ces dernières ne se déroulent pas. On ne sent point de cystocèle ; le col utérin affleure à peine le dôme vaginal, il est rapporté en avant. Le corps utérin est à peine perceptible au toucher et au palper combinés.

En un mot, cette femme est définitivement guérie, tant au point de vue fonctionnel qu'au point de vue plastique.

#### OBSERVATION XX ( *inédite* )

La nommée Claire Se..., 58 ans, entre à l'hôpital civil, service de chirurgie de M. le Professeur Michel, le 10-1-1933.

*Etat local actuel.* — Prolapsus génital complet ; tumeur comme un poing hors la vulve ; des ulcérations sur la muqueuse vaginale déroulée et sur le col ; utérus petit et précipité ; ménopause depuis plusieurs années.

*Intervention* le 14-1-33. — Opération de Bouilly.

Pas d'incident opératoire ; suites normales et aseptiques ; la malade est sortie en bon état le 2-2-33.

Voici ce qu'elle nous écrit à la date du 12-12-34, c'est-à-dire 1 an et 11 mois après son opération :

« Je suis beaucoup mieux maintenant qu'avant l'opé-

ration. Ma santé est assez bonne ; je ne souffre plus du bas-ventre, ni des reins ; j'urine normalement et passablement ; je n'ai plus de difficultés pour la marche, je ne suis plus gênée pour mon travail habituel, mais, quand il faut faire de grands efforts, je sens tout de même quelque chose dans le passage qui n'est pas normal. Il n'y a pas de difficulté pour les rapports conjugaux ; je n'ai pas de pertes blanches.

#### OBSERVATION XXI ( *inédite* )

La nommée Lucie Bl..., 43 ans, entre à l'hôpital civil, service de chirurgie de M. le Professeur Michel, le 8-12-1931.

*Etat local actuel.* — Prolapsus génital avancé avec grosse cystocèle ; métrite du col.

*Intervention* le 14-12-1931. — Opération de Bouilly.

Sans incident opératoire ; suites normales et aseptiques ; la malade quitte le service guérie le 7-1-32.

Cette malade a répondu à notre questionnaire le 14-12-34, c'est-à-dire 3 ans après son opération.

« Maintenant, je ne suis certes pas comme avant d'être estropiée, ma vie est beaucoup plus supportable. Mon état général est assez bon, je n'ai pas de pesanteur ni douleur dans le bas-ventre, non plus dans les reins ; j'urine normalement et sans difficulté, 1 ou 2 fois la nuit et 3 à 4 fois le jour. Je vais normalement à la selle. Je ne suis nullement gênée dans mes occupations journalières, sauf si j'essaye de soulever des charges lourdes, une petite grosseur se représente. Pendant quelques mois, après l'opération, il y avait des difficultés et c'était douloureux, mais maintenant ce n'est plus douloureux comme précédemment. Mes règles ont été régulières avant l'opération, maintenant elles retardent de quelques jours. Je n'ai plus de pertes blanches comme avant. »

OBSERVATION XXII ( *inédite* )

La nommée Pau..., 27 ans, entre à l'hôpital civil, service de chirurgie de M. le Professeur Michel, le 5-2-1926.

*Etat local actuel.* — Prolapsus avancé ; cystocèle ; col utérin peu allongé mais déchiré des suites de couches ; déchirure vagino-périnéale ; c'est une femme lymphatique, son état général est mauvais.

*Intervention* le 9-2-26. — Amputation haute du col (opération de Bouilly).

Incidents opératoires : grosse perte sanguine. Suites opératoires : on signale un phlegmon dans la région vulvo-périnéale, on fait sauter un fil, mais par la suite il se produit une fistule recto-vaginale. On pratique la dissection de son trajet le 11 avril 1926. La malade quitte le service guérie.

Voici ce qu'elle nous écrit à la date du 17-12-34, c'est-à-dire 8 ans et 10 mois après son opération :

« Je suis toujours fatiguée pour travailler et ne peux pas faire de gros travaux ; on croirait que l'on m'arrache le ventre, et je sens quelque chose qui pousse au passage. J'ai toujours mal aux reins, je n'ai pas de difficulté pour uriner, mais quelquefois cela me brûle très fort, j'urine 5 fois par jour et 2 fois la nuit. Mes règles sont moins abondantes après l'opération qu'avant ; j'ai beaucoup de pertes blanches. La fistule que j'ai eu est toujours pareille et m'a fait beaucoup souffrir... »

OBSERVATION XXIII ( *inédite* )

La nommée Marguerite Chau..., 28 ans, entre à l'hôpital civil, service de chirurgie de M. le Professeur Michel, le 28-11-29.

*Etat local actuel.* — Prolapsus génital avec des parois vaginales allongées ; cystocèle légère avec pollakiurie considérable ; périnée très flasque ; corps utérin rétro-versé et très abaissé ; col allongé et hypertrophié ; tous les tissus sont relâchés, parois abdominales en chiffons, étirables ; règles très abondantes, durée 7 jours.

Opération de Bouilly le 4-12-29 sans incident ; la malade quitte le service guérie le 24-12-29.

Cette malade consulte à l'hôpital le 5-2-31, c'est-à-dire 1 an et 2 mois après son opération, pour prolapsus génital récidivé. On lui fait une colpo-périnéorrhaphie postérieure et une hystéropexie isthmique le 11-12-31. A l'ouverture de l'abdomen, on trouve un ovaire gauche gros et on constate l'absence congénitale de l'ovaire droit. Pas d'incident opératoire ; suites normales et aseptiques. La malade quitte le service en très bon état.

Voici sa réponse du 21-1-35 :

« Mon état général est assez bon, quelquefois des douleurs dans le bas-ventre et les reins ; j'urine normalement et assez souvent le jour, une fois la nuit ; je ne suis pas gênée pour la marche, ni par le travail, ni par la station debout prolongée. Je ne sens plus rien qui descend au passage. Aucune difficulté dans les rapports conjugaux. Mes règles ont été abondantes avant l'opération, normales maintenant ; je n'ai plus de pertes blanches ; aucune grossesse n'a eu lieu après l'opération. Depuis mon opération, j'ai eu une éventration et une hernie... »

#### OBSERVATION XXIV ( *inédite* )

La nommée Hélène Sch..., 56 ans, jardinière, entre à l'hôpital civil, service de chirurgie de M. le Professeur Michel, le 4-12-1932.

A. P. — Un accouchement à l'âge de 35 ans, très difficile, forceps très laborieux, déchirure du périnée.

Le prolapsus a commencé (la malade ne peut pas préciser) quelques années après cet accouchement. Elle a porté un pessaire en 1930 qui a été mal supporté. Ménopause à 47 ans.

*Etat local actuel.* — Gros prolapsus génital ; cystocèle et rectocèle ; parois vaginales déroulées, avec ulcérations ; périnée mince ; col utérin gros et des exulcérations infectées tout autour de son orifice externe. Etat général bon.

*Intervention* le 13-12-32. — Procédé de Bouilly.

Sans incident opératoire. Suite opératoire : petite élévation thermique : 38°5, 37°8, 38°, 37°5, 37°.

La malade quitte le service le 31-12-32 parfaitement guérie.

Voici sa réponse de 12-1-1935, c'est-à-dire 2 ans après son opération :

« Mon état général est bon ; je n'ai plus de douleurs dans le bas-ventre ; j'ai encore de temps en temps mal aux reins, mais j'attribue cela à mon âge. J'urine normalement et suffisamment sans difficulté. Je marche encore bien et je m'occupe de mon ménage sans aucune gêne. Je ne ressens plus rien d'anormal dans le passage ; je ne suis plus réglée depuis plusieurs années. J'ai eu depuis une hernie droite. »

#### OBSERVATION XXV (*inédite*)

La nommée Anne Co..., 43 ans, entre à l'hôpital civil, service de chirurgie de M. le Professeur Michel, le 22-2-1932.

*Etat local actuel.* — Prolapsus génital au dernier degré ; utérus gros et abaissé ; col utérin gros aussi et ulcéré ; musculature générale défaillante ; état général mauvais.

*Intervention* le 29-2-1932. — Opération de Bouilly.

Sans incident opératoire. Les suites opératoires normales. La malade quitte le service le 22-3-32, guérie.

Cette malade a été revue le 25 octobre 1933, c'est-à-dire 1 an et 8 mois après son opération, par M. le Professeur Michel, qui a constaté qu'au point de vue prolapsus il n'y avait pas de trace, mais que le corps utérin est fibromateux. On décide une hystérectomie subtotale et qui a été pratiquée le 27 novembre 1933.

Voici la lettre de cette malheureuse femme, datée du 15-12-34 :

« Mon état général est très mauvais, des douleurs et des pesanteurs dans le vagin et l'anus, mal dans les reins continuellement ; j'ai du mal d'uriner, j'urine de 6 à 8 fois la nuit, le jour chaque 5 minutes et très peu. J'ai des poussées toute la journée comme pour aller à la selle. Je ne peux ni marcher ni travailler, car je souffre de partout et continuellement. La matrice a été enlevée le 27 novembre 1933. C'est cela qui m'a donné tous ces troubles. Depuis cette deuxième opération, je suis une malheureuse. »

Cette opération est intéressante au point de vue moyens chirurgicaux pratiqués pour le prolapsus génital. Elle nous montre, d'une part, que l'opération de Bouilly a très bien remédié aux lésions du prolapsus et, d'autre part, que l'hystérectomie seule n'est pas en mesure d'obvier les prolapsus ; au contraire, elle peut favoriser les prolapsus vaginaux étant donné que l'utérus n'est plus pour fixer les parois du vagin.

#### OBSERVATION XXVI ( *inédite* )

La nommée Clotilde Mar..., 40 ans, entre à l'hôpital civil, service de chirurgie de M. le Professeur Michel, le 20-10-31.

*Etat local actuel.* — Prolapsus génital complet-typique.

*Intervention* le 24-10-31. — Opération de Bouilly.

Sans incident opératoire ; suites opératoires : 8 jours après l'opération, il se produit un abortus de 3 mois. La femme est très bien guérie, elle sort du service en parfait état le 14-11-31.

Nous avons reçu une lettre de son mari, concernant notre questionnaire.

Voici ce qu'il nous écrit : « Je réponds à votre questionnaire dans l'espérance que je puisse vous rendre quelques services. Clotilde Mar... est décédée le 24 octobre 1934. Premièrement, je tiens à vous dire que le décès n'est pas imputable à la maladie pour laquelle elle a été opérée le 24-10-31. Depuis cette opération, elle ne s'est jamais plainte du côté de la matrice. Elle remplissait ses devoirs sociaux et conjugaux normalement. »

Dans cette observation, bien que la réponse n'ait pas été fournie par la malade elle-même, nous pensons que le procédé de Bouilly a très bien réussi, et que le résultat éloigné s'est parfaitement maintenu pendant 3 ans.

---

## CHAPITRE V

### ÉTUDE CRITIQUE ET STATISTIQUE DES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DONNÉS PAR LA MÉTHODE DE BOUILLY

---

Nous avons relevé dans le service de chirurgie de M. le Professeur Michel, toutes les observations concernant les prolapsus génitaux, pour les années 1924 à 1933 inclus, et nous avons trouvé 105 de ces observations dont 41 seulement ont été traitées par la méthode de Bouilly. Nous remarquons aussi que cette opération a été pratiquée avec une progression ascendante, ainsi de 1924 à 1926, il n'y a eu que 1 à 2 opérations de Bouilly sur 10 par an, tandis que de 1927 à 1933, elles sont à raison de 5 à 6 sur 10 en moyenne.

Nous avons reçu des nouvelles ou vu seulement 26 de ces 41 malades dont nous avons donné plus haut les observations. 22 de ces anciennes opérées, comme le prouvent leurs déclarations personnelles, sont guéries définitivement, tant au point de vue fonctionnel qu'au point de vue plastique et cela depuis plusieurs années (la plus éloignée est de 8 ans). Leur état général s'est amélioré, il n'y a plus de douleur ni de pesanteur dans le bas-ventre, ni de tiraille-

ments et de crises douloureuses dans la région lombaire. La pollakiurie a disparu. Elles marchent, travaillent sans aucune gêne. Les rapports conjugaux sont normaux, étant donné que par cette méthode on laisse le vagin assez perméable. Sauf dans un cas (observation VII), vagin trop rétréci par suite de l'opération.

L'utérus reste élevé et rapporté en avant, souvent il est atrophié (observations VII et XIX), il n'y a plus de déroulement des parois vaginales, ni cystocèle, les opérées ne sentent plus rien d'anormal dans leur vagin. Les cas d'écoulements leucorrhéiques ou de cols métritiques (observations XVI et XXI) sont complètement guéris par l'amputation haute du col. Cette dernière n'a nullement troublé l'écoulement menstruel; au contraire, dans certains cas de règles abondantes et irrégulières (observations I, XII, XV, XVI, XXIII), ces dernières se sont régularisées après l'opération. Ceci prouve que l'amputation haute du col ne provoque pas de sténose du nouvel orifice externe du col ainsi que l'avaient prétendu certains auteurs comme Delbet. A cette anomalie, s'oppose certainement la réparation immédiate de cet orifice par la suture régulière et soignée des deux muqueuses : vaginale et utérine. Un autre fait, qui est en faveur de cette perméabilité parfaite du moignon cervical, c'est la conception post-opératoire.

Dans nos observations, l'amputation haute du col a été pratiquée exclusivement chez des femmes rentrant dans notre troisième catégorie clinique, donc pas de grossesse.

Mais il a été fait exception pour quelques jeunes femmes (observations XV, XVI, XVII, XVIII, XXII, XXIII), deux de ces cas ont été suivis de grossesses post-opératoires. L'une (observation XV), a eu trois grossesses après son opération mais toutes les trois n'ont évolué que six semaines chacune.

L'autre (observation XVI) a eu une grossesse onze mois après l'opération, terminée par un avortement spontané de 3 mois.

Par conséquent, quoi qu'en disent les auteurs marseillais comme Mangin qui ont vu des accouchements normaux après l'amputation du col, dans nos observations, nous ne l'avons malheureusement pas constaté, malgré les quelques conceptions qui sont survenues après l'opération de Bouilly.

Deux autres malades (observations XX et XXI) à en juger d'après leur déclaration, sont nettement améliorées puisque les symptômes fonctionnels ont disparu complètement et qu'elles peuvent s'occuper de leur ménage sans aucune gêne. Naturellement, ces femmes à résistance périnéovaginale inférieure à la normale, doivent se ménager tout au moins la première année qui suit l'opération. Mais leur situation sociale (ce sont les femmes de la campagne) ne permet pas ce ménagement à l'égard des gros efforts. Alors il peut se produire de petites cystocèles, sans que l'utérus bouge de sa position élevée, comme l'a bien démontré Bouilly.

Nous pensons que dans ces deux cas le résultat éloigné est moyen, car les malades signalent une petite poussée au fond du vagin au moment des gros

efforts, mais qu'elles ne sont pas incommodées dans leurs occupations habituelles.

Nous rappelons aussi que dans les deux cas précités, la myorraphie des releveurs n'a pas été pratiquée, ce qui enlève beaucoup de la valeur réelle actuelle de la méthode de Bouilly.

Enfin, nous n'avons trouvé que deux observations (observations XXII, XXIII), dans lesquelles les malades accusent une récurrence complète. Signalons d'abord que ces deux malades sont âgées respectivement de 27 et 28 ans. Or, une femme qui fait un prolapsus génital à cet âge a un organisme défaillant à tous points de vue.

Dans notre observation XXIII, nous avons une femme dont tous les tissus sont à l'état de chiffons, une musculature générale défaillante ; d'autre part, nous lisons dans sa réponse : « Depuis mon opération, j'ai eu une éventration et une hernie... ». Tout ceci plaide en faveur d'une pathogénie neuro-musculaire où l'appareil suspenseur insuffisant ne peut remplir son rôle. La preuve en est qu'une hysteropexie isthmique a mis fin à tout ce désordre et le prolapsus ne s'est plus reproduit depuis trois ans passés. Faut-il incriminer dans le cas particulier une malformation congénitale ? Une dystrophie générale ? Nous le pensons, car on a constaté l'absence congénitale de l'ovaire droit.

L'autre (observation XXII), c'est une femme lymphatique avec un état général mauvais. Elle a eu une hémorragie opératoire arrêtée par tamponnement serré, puis il se produit un phlegmon dans la

région vulvo-périnéale ; on a fait sauter un fil, mais il en est résulté une fistule recto-vaginale qui persiste encore aujourd'hui. Naturellement, dans ces conditions aussi peu favorables que celles-ci, la réunion des sutures ne s'est pas effectuée normalement et alors on comprend les résultats fâcheux qui ont suivi l'intervention.

En résumé, de ce que nous venons d'énoncer dans ce chapitre, nous pouvons dresser la statistique suivante :

Sur 41 opérations de Bouilly, nous avons pu en contrôler 26.

De ces 26 cas, les résultats éloignés sont : 1° excellents (22) ; 2° satisfaisants (2) ; 3° récidives (2), c'est-à-dire 92 pour cent de guérisons.

#### INCIDENTS ET ACCIDENTS. — COMPLICATIONS

En parcourant les 41 observations des prolapsus génitaux traités par la méthode de Bouilly, nous n'avons relevé aucune blessure de la vessie. Au temps de son décollement, on signale de petites hémorragies en nappe qui ont cédé facilement aux tamponnements et sont complètement arrêtées par la suture soignée de la paroi vaginale avec le moignon du col utérin.

Au cours de la colpo-périnéorrhaphie postérieure et myorrhaphie des releveurs, nous avons trouvé une seule écaillure de la paroi du rectum sans perfora-

tion (observation X). On a fait une suture immédiate au catgut. Aucune complication ne s'est produite.

Pour ce qui concerne l'ouverture de cul-de-sac de Douglas, que tous les auteurs ont signalée au cours de décollement de la paroi postérieure du vagin, nous n'avons relevé aucun fait de cet ordre.

Le danger d'hémorragie opératoire ou secondaire, comme l'a très bien démontré Ch. Lenormant, n'existe jamais tant que l'opération de Bouilly est exécutée avec précision, surtout si on prend les précautions suivantes : d'abord laisser se reposer les malades au lit, désinfecter le vagin et le col utérin ; par ce fait, il se produit une décongestion des organes génitaux et le champ opératoire saigne moins. Ensuite, faire soigneusement la ligature des deux branches cervico-vaginales de l'artère utérine des deux côtés.

En effet, dans tous les cas où on avait observé ces conditions et en particulier la ligature plus haut citée, on n'a jamais constaté de complications hémorragiques, ni au cours de l'opération, ni secondairement. Guénard a rapporté 3 cas d'hématomes secondaires sur 18 opérées de Bouilly. Ch. Lenormant sur 73 opérations de Bouilly rapporte 10 cas d'accidents hémorragiques, dont 4 cas au cours de l'opération et 6 cas dans les suites opératoires. Parmi nos 41 observations, il n'y a eu qu'un seul cas d'accident hémorragique opératoire arrêté par tamponnements serrés (observation XXII). La même malade a fait un phlegmon et on a fait sauter un fil ; cette infection a provoqué une fistule recto-vaginale.

La cause de ces accidents hémorragiques tant opératoire que secondaire, est que la ligature des branches cervico-vaginales de l'artère utérin n'a pas été faite. Un cas rapporté par Ch. Lenormand est très significatif à cet égard ; la ligature susdite a été exécutée seulement du côté gauche ; par la suite, il s'est produit un hématome précisément du côté droit où cette ligature n'a pas été faite. Dans notre cas, elle n'a pas été pratiquée non plus.

#### MORTALITÉ OPÉRATOIRE

Parmi nos 41 malades, traitées par la méthode de Bouilly, nous n'avons relevé qu'un seul cas de décès, survenu le deuxième jour de l'intervention et subitement.

Voici son observation : La nommée Joséphine Da... 55 ans, entrée à l'hôpital civil le 31-2-1929.

*Etat local actuel.* — Recto-cystocèle avec extériorisation complète de l'utérus.

*Intervention le 8-2-29.* — Opération de Bouilly avec colpo-périnéorrhaphie postérieure. Sans incident opératoire. Décédée subitement pendant la nuit du 9 au 10 février 1929.

Cette mort subite, sans prodrome préalable, survenue au cours des 48 heures qui ont suivi l'intervention, l'absence d'incident et en particulier l'hémorragie opératoire, nous font penser à un infarctus du myocarde, mais nous ne saurons l'affirmer, car l'autopsie n'a pas eu lieu.

D'autre part, nous pensons, de ce cas unique dans nos observations, qu'il n'est pas imputable à la seule méthode de Bouilly ; il aurait pu se produire tout aussi bien à la suite d'autres interventions sanglantes.

Notre opinion reste la même. D'après nos observations, nous pensons que la méthode de Bouilly est une intervention bénigne et qu'elle ne menace nullement la vie des malades.

---

## CHAPITRE VI

### CONCLUSIONS

---

Le prolapsus génital est une affection fréquente et très ennuyeuse pour les femmes qu'il affecte. Il atteint son maximum de fréquence chez les femmes au voisinage de la ménopause.

Sa pathogénie principale est l'affaiblissement et l'écoulement du périnée d'une part et d'autre part le redressement de l'utérus, avec sa mise en ligne droite de son axe longitudinal avec celui du vagin. Causes déterminées, c'est les travaux pénibles.

Son diagnostic est facile, mais il faut surtout voir s'il y a ou pas d'allongement hypertrophique du col, métrite cervicale ou autre lésion utérine.

Son traitement radical est, à l'exception de quelques cas rares, exclusivement chirurgical. Ce dernier comporte une multitude de moyens d'où la nécessité pour le chirurgien de choisir l'un de ces moyens, suivant chaque cas particulier, en se basant sur les indications, et en tenant compte surtout de l'âge de la malade. Pour cette dernière raison, nous avons classé les femmes en trois catégories : a) femmes

jeunes, susceptibles de maternité, b) femmes au voisinage de la ménopause et c) femmes âgées, lesquelles ont abdiqué toute activité génitale.

D'après les résultats éloignés obtenus par la méthode de Bouilly, nous sommes convaincu que cette méthode, exécutée ponctuellement et correctement, en lui associant la colpo-périnéorraphie et myorraphie des releveurs, répond le mieux aux exigences de prolapsus génitaux chez les femmes d'âge mûr.

Cette méthode complète est bénigne. Nous considérons la mortalité opératoire comme nulle. Les incidents opératoires sont rares et sans gravité. L'hémorragie est évitable, si on prend la précaution de ligaturer les branches cervico-vaginales de l'artère utérine.

Les suites opératoires sont normales. Les résultats éloignés sont excellents et à un taux de pour cent très élevé. La menstruation n'est pas modifiée. Pour la question de la maternité, nous pensons que la conception est possible, mais que la grossesse ne va pas jusqu'au terme. Les métrites cervicales et même corporelles guérissent avec l'amputation haute du col et le curetage préalable. Les femmes se déclarent « rajeunies ».

Enfin, c'est pour toutes ces raisons que depuis quelques années, la méthode de Bouilly a repris sa place parmi les moyens chirurgicaux dans le traitement des prolapsus génitaux.

---

Nancy, le 1<sup>er</sup> Avril 1933.

*Le Président de Thèse.*

G. MICHEL.

Vu et approuvé :

Nancy le 2 Avril 1933.

*Le Doyen de la Faculté de Médecine,*

L. SPILLMANN.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 3 Avril 1933.

*Le Recteur de l'Académie,*

L. BRUNTZ.

Président du Conseil de l'Université,

## BIBLIOGRAPHIE

---

- ANDERSCH. — Résultats éloignés du traitement opératoire de la rétroflexion et du prolapsus utérin. Archives f. gynäk., Bd. LXV. H. 2., 1902.
- BANO (G.). — Prolapsus vaginal et sa thérapeutique chimique. Zentralblatt f. gynäk., 3 décembre 1932.
- BEGONIA (R.). — Traitement du prolapsus utérin. Précis de pathologie chirurgicale, Tome IV, Paris, Masson, Edit.
- BLASCO. — Grossesse et accouchement dans le prolapsus utérin. Gaceta Médica Espanola, An. VIII, août 1934.
- BONNAL (G.). — Du traitement du prolapsus utérin chez les vieilles femmes. Marseille médical, 1<sup>er</sup> janvier 1927.
- BOUILLY (G.). — Le traitement des prolapsus génitaux. Rapport au congrès de chirurgie, 23 octobre 1896. Presse Médicale, 24 oct. 1896.
- BOUILLY (G) et LÉWY (R.). — Procédé opératoire pour la cure des grands prolapsus génitaux. Revue de gynéc. et de chirurgie (Pozzi), 10 août 1902.
- BOURSIER (A.). — « Incontinence d'urine dans les prolapsus utérins au début ». « Son traitement opératoire ». Presse Médicale, 13 sept. 1896.
- BROCQ (P.) et NORA (G.). — Opération de choix dans le traitement du prolapsus utéro-vaginal complet chez les femmes âgées. Journal de Médecine et chirurgie pratique, 10 oct. 1927.
- BUQUET (A.). — Indication et technique de l'amputation cervicale. Progrès Médical, 18 maés 1933.
- CARAVIAS (D.-E.). — Prolapsus et inversion. Semaine médicale, 2 février 1933.

- COIRRE (P.). — L'opération de Bouilly (amputation haute du col et colpectomie) dans le traitement des prolapsus génitaux. Thèse de Paris, 1921.
- CONSTANTINI. — Prolapsus génital ; colpectomie subtotale avec amputation du col (opération de Bouilly). Bull. soc. d'obst. et de gynécologie, mars 1927.
- DE ROUVILLE. — De l'évidement systématique du moignon cervical dans l'hystérectomie subtotale. Archives mensuelle d'obstétrique et gynéc., juillet 1914.
- DUVAL et PROUST. — Technique de la suture des muscles releveurs de l'anus au cours de la « Périnéorraphie ». Presse Médicale, 22 novembre 1902.
- ENRICO PISTOLESE. — « Le prolapsus genital ». Archivio Italiano di Ginecologia, 31 mars 1913.
- FORCRAND DE COISELET (Louis de). — Le traitement du prolapsus utérin et ses résultats par la méthode de Bouilly. Thèse de Montpellier, 1919.
- GLASER. — Résultats éloignés du traitement du prolapsus par la technique de Halban. — Zentralblatt für gynäkologie, Leipzig, an LVII, 4 nov. 1933.
- GLEIZE (L.). — De la myorraphie antérieure des releveurs ou opération de Delanglade. Thèse de Montpellier, 1920.
- GOTTH-SCHUBERT. — Guérison du prolapsus utérin total par la greffe d'un lambeau « aponévrotique libre ». — Zentralb. für gynäk., 1914.
- GOUILLOUD. — Entérocele vaginale postérieure. Revue de gynéc. et de chirurgie abdominale. T. VI, 1902.
- GRISOLI (Jos.). — « Traitement du prolapsus utérin par la méthode de Bouilly ». Thèse de Montpellier, 1917.
- GUÉNARD (R.). — De la cure des grands prolapsus génitaux par la méthode de Bouilly et de l'hystéropexie obturatrice (procédé de l'auteur). Thèse de Paris, 1903.
- HERMANN KUSTER. — « De l'accouchement après antéfixation opératoire ». Monatssch. f. Geburt. n. Gyn., février 1914.
- HUSSY (P.). — La thérapeutique du prolapsus chez les femmes. Schweizerische Medizinische Wochenschrift, T. LX, du 5 et 12 juillet 1930.

- LABHARDT. — Anneau ou opération dans le prolapsus chez les femmes âgées ? — Schweizerische medizinische Wochenschrift-Bâle. An. LXIV, 14 juillet 1934.
- LENORMANT (Ch.) et PETIT-DUTAILLIS (D.). — L'amputation haute du col utérin combinée à la colpectomie (opération de Bouilly) dans le traitement des prolapsus génitaux. Journal de chirurgie, janvier-juin 1914.
- LENORMANT (Ch.) et PETIT-DUTAILLIS (D.). — « Indications et résultats de l'opération de Bouilly. Amputation haute du col et colpectomie dans les prolapsus génitaux ». La gynécologie, avril 1914.
- LENORMANT (Ch.). — Opération de Bouilly (colpectomie antérieure et amputation supra-vaginale du col dans le traitement des prolapsus génitaux). Gynécologie et obstétrique, 1<sup>er</sup> juillet 1931.
- LONGUET (L.). — De l'hystérectomie vaginale totale dans le prolapsus utérin. Gazette des Hôpitaux de Paris, sept. 1898.
- MANGIN. — « Traitement des prolapsus de l'utérus. Résultats éloignés ». Presse Médicale, 19 sept. 1896.
- MARTIN (André). — La méthode de Bouilly dans le traitement du prolapsus utérin. Thèse de Montpellier, 1921.
- MILANDER (J.). — « Influence de la ventrofixation de l'utérus sur la grossesse et l'accouchement ». Zeitschrift für Gebirtschülfi und gynzk., Bd. XXXIII, Hft 3, 1893.
- MORICE CAZIN. — Traitement des prolapsus génitaux. — 19<sup>e</sup> congrès de chirurgie, Paris, 1906.
- PAPIN. — Prolapsus génitaux. — Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest, 30-xii-1934.
- SALVA MERCADÉ. — Cure radicale des prolapsus génitaux de la femme. Presse Médicale, 11 nov. 1918.
- SCHWREZ. — L'opération de Bouilly dans le prolapsus génital. Revista médica del Rosario (Rosario de Santé-Fé), an. XXIII, août 1933.
- SCHWARTZ (A.) et HUARD (S.). — Le prolapsus génital (Etude des indications opératoires). Paris Médical, 1931.
- SCHWARTZ (A.) et HUARD (S.). — Technique et indication de l'hystéropexie. Paris Médical, 17 décembre 1932.

- SÉJOURNET (P.). — Remarque sur une statistique de 185 interventions chirurgicales pour prolapsus génitaux. Bull. et mém. soc. des chirurgiens de Paris, 2 juin 1933.
- SHAW (William Fletcher). — Le traitement du prolapsus utérin. Proceedings of the Royal Society of Medicine, Londres, 1930, T. XXIII. La Gynéc. et obst., mai 1931.
- STRASSMANN (P.). — « Evolution de la grossesse et de l'accouchement dans les cas où l'utérus a été fixé en avant, soit à la paroi abdominale, soit à la vessie, soit au vagin ». Soc. obstét. et gynéc. de Berlin, 25 oct. 1895. Presse Médicale, 25 janvier 1896.
- USANDIZAGA. — Technic of sturmdorf operation for cervical amputation. Riv. d'obstet. e ginec. pratic, oct. 1932.
- VIOLET. — Hystérectomie vaginale avec colporrhaphie antérieure et colpopérinéorrhaphie dans le prolapsus total. Lyon Médical, 5 février 1933.
- ZALESKI (W.). — Prolapsus et descente des organes génitaux en rapport avec l'inclination du bassin féminin. Ginekologia Polska, T. IX, fasc. 6, 1930.
- ZLATANOVITCH. — Traitement chirurgical du prolapsus utéro-vaginal complet. Thèse de Toulouse, 1923.
-

## TABLE DES MATIÈRES

---

|                                                                                                           | Pages |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| INTRODUCTION .....                                                                                        | 9     |
| CHAPITRE PREMIER. — Etude clinique.....                                                                   | 17    |
| Formes anatomo pathologiques.....                                                                         | 20    |
| CHAPITRE II. — Indications thérapeutiques.....                                                            | 25    |
| CHAPITRE III. — Thérapeutique chirurgicale.....                                                           | 31    |
| Préparatifs de l'opération.....                                                                           | 31    |
| Technique opératoire .....                                                                                | 31    |
| CHAPITRE IV. — Observations.....                                                                          | 47    |
| CHAPITRE V. — Etude critique et statistique des résultats éloignés donnés par la méthode de Bouilly ..... | 72    |
| Incidents et accidents. Complications.....                                                                | 76    |
| Mortalité opératoire .....                                                                                | 78    |
| CHAPITRE VI. — Conclusions.....                                                                           | 80    |
| BIBLIOGRAPHIE .....                                                                                       | 83    |
| Figure 1.....                                                                                             | 33    |
| — 2.....                                                                                                  | 35    |

|               | Pages |
|---------------|-------|
| Figure 3..... | 36    |
| — 4.....      | 37    |
| — 5.....      | 38    |
| — 6.....      | 39    |
| — 7.....      | 41    |
| — 8.....      | 42    |
| — 9.....      | 43    |
| — 10.....     | 44    |

---



